

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM**  
**PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA**

**LUIZ FELIPE CASTELO BRANCO DA SILVA**

*Do Cálice que Cala à Escuta que Liberta: as expressões da demanda de abusadores e dependentes de álcool, no contexto do acolhimento, em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas no Distrito Federal.*

**Brasília – DF**

**2009**

LUIZ FELIPE CASTELO BRANCO DA SILVA

*Do Cálice que Cala à Escuta que Liberta: as expressões da demanda de abusadores e dependentes de álcool, no contexto do acolhimento, em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas no Distrito Federal.*

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia

Programa de Psicologia Clínica e Cultura  
Instituto de Psicologia  
Universidade de Brasília

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Fátima Olivier Sudbrack

BRASÍLIA – DF

2009

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Fátima Olivier Sudbrack

Aprovada por:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Fátima Olivier Sudbrack – PCL/IP/Unb  
Presidente

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Larissa Polejack Brambatti – PED/IP/Unb  
Membro Titular

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Aparecida Gussi – FCS/UnB  
Membro Efetivo

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sandra Eni Fernandes Nunes Pereira - UCB  
Membro Suplente

## CÁLICE

(Gilberto Gil - Chico Buarque, 1973)

Pai, afasta de mim esse cálice  
Pai, afasta de mim esse cálice  
Pai, afasta de mim esse cálice  
De vinho tinto de sangue  
Como beber dessa bebida amarga  
Tragar a dor, engolir a labuta  
Mesmo calada a boca, resta o peito  
Silêncio na cidade não se escuta  
De que me vale ser filho da santa  
Melhor seria ser filho da outra  
Outra realidade menos morta  
Tanta mentira, tanta força bruta  
Como é difícil acordar calado  
Se na calada da noite eu me dano  
Quero lançar um grito desumano  
Que é uma maneira de ser escutado  
Esse silêncio todo me atordoa  
Atordoados eu permaneço atento  
Na arquibancada pra a qualquer momento  
Ver emergir o monstro da lagoa  
De muito gorda a proca já não anda

De muito suada a faca já não corta  
Como é difícil o, pai, abrir a porta  
Essa palavra presa na garganta  
Esse pileque homérico no mundo  
De que adianta ter boa vontade  
Mesmo calado o peito, resta a cuca  
Dos bêbados do centro da cidade  
Talvez o mundo não seja pequeno  
Nem seja a vida um fato consumado  
Quero inventar o meu próprio pecado  
Quero morrer do meu próprio veneno  
Quero perder de vez tua cabeça  
Minha cabeça perder teu juízo  
Quero cheirar fumaça de óleo diesel  
Me embriagar até que alguém me esqueça.



*Um rei ferido preside a corte do Castelo do Graal, onde o Santo Graal – cálice da Última Ceia – é guardado. Sua ferida e a dor profunda por ele sentida, capilarizam-se em todas as extensões de seu reino, que mimetiza seu estado interior. O reino não floresce; as colheitas são mínimas; as mulheres vivem desconsoladas; as crianças órfãs...*

*O Bobo da Corte profetizara, havia muito tempo, que o Rei-Ferido se curaria quando o portador da sábia ingenuidade e inocência chegasse à corte e fizesse uma pergunta bem específica... que permitisse tornar-se consciente do significado das coisas... que fomentasse uma qualidade de reflexão a ser adquirida...*

*Eis que surge um menino sem nome, também conhecido como Parsifal, o tolo-ingênuo, criado apenas por sua mãe, chamada de Dor de Coração, num bosque isolado e sem conhecer o pai, falecido, de quem nada sabia a respeito. Seu destino mira a caminha direcionada para a busca do castelo de difícil acesso, onde reside o Rei-Ferido, guardião do Santo Graal. O rei e a terra só se recuperarão se o cavaleiro de nobres virtudes encontrar o castelo, enxergar o que há nele e fizer a pergunta correta. Se ele for bem sucedido, o rei sara, a terra floresce, a vida se renova e ele é coroado como novo guardião do Santo Graal. Se falhar, tudo permanecerá como está.*

## **DEDICATÓRIA**

A todos os seres humanos que se aliviam nos cálices que calam, em virtude da ausência de uma escuta que acolha e que possibilite libertações do silêncio do descaso e da invisibilidade imposta.

A todos aqueles que morreram ou perderam familiares em decorrência dos problemas associados ao consumo de álcool e que estavam em tratamento no CAPS ad II no período desta pesquisa.

Aos meus queridos pais, pela compreensão e apoio incondicionais.

À minha amada esposa, que sempre acreditou na luz no final do túnel, principalmente nos momentos mais difíceis. Obrigado por estar sempre ao meu lado! Eu amo muito você!!!

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço ao Deus de minha compreensão, concebido como *A Inteligência Suprema e Causa Primária de todas as coisas* pela oportunidade da *materialização do espírito* para o desafiante ofício da *espiritualização da matéria*. Que com este trabalho eu possa estar contribuindo com a edificação de práticas que possam se reverter em verdadeiros benefícios para aqueles que buscam ajuda nos serviços especializados CAPS ad II.

Em segundo lugar, gostaria de estender meus agradecimentos aos meus pais, Antônio Luiz e Júlia Iolete, que ao transbordarem de amor, oportunizaram-me um novo ciclo de aprendizagem na residência terrena. Obrigado pela educação que me deram, pelo apoio constante, principalmente nos momentos trevosos que fizeram parte deste percurso no mestrado. Sem vocês como pilares, as coisas ficariam mais difíceis.

Agradeço também a minha querida esposa. Obrigado por existir em minha vida e por ter representando constante fonte de apoio, afeto, amizade, amorosidade, lealdade e incentivo. Agradeço-lhe também por ter me ajudado, sempre quando foi possível, nas traduções dos textos em francês, língua esta que ainda não domino. Desculpe-me por ter estado tão mergulhado neste trabalho de mestrado e ter-lhe deixado sentir-se sozinha nesse início de casamento, principalmente com as tarefas domésticas. Como lhe disse, cumprirei à risca aquilo que lhe prometi após o término deste mestrado. O pior já passou e agora vamos viver nossas vidas juntos!

Não menos importante, à Lívia Maria e Juliana, minhas irmãs queridas, obrigado pelas preces e a compreensão por ter estado tão distante. Em breve, estarei mais próximo. Aos meus sobrinhos Luiz Henrique, Gabriel e o bebê que ainda não sabemos o sexo obrigado pela alegria juvenil de vocês tão contagiante. Aos meus cunhados Leandro e



Leandro, agradeço também pelas ajudas de informática e o empréstimo de livros, respectivamente.

À Profª. Drª. Maria de Fátima Olivier Sudbrack agradeço pelo fato de ter aceitado ser minha orientadora de mestrado, mas principalmente pela oportunidade, mesmo em seus silêncios, de aprendizagens além do mero conhecimento acadêmico. Aprendi muito sobre dedicação, compromisso, respeito, lealdade, sinceridade, humildade, gradeza de espírito... muito obrigado por tudo isso!

À Universidade de Brasília pelo acolhimento ofertado e pela oportunidade de ter conhecido pessoas e coisas fantásticas!

Agradeço à Dra. Maria Jocilda Albuquerque Guimarães D'Oliveira pelas autorizações concedidas; à Sônia Mochiutti a quem devo a autorização da licença prêmio para feitura deste relatório de pesquisa e à Marisa Beatriz de Sousa Pereira pelo apoio logístico. Ao Ed e à Joana pelo apoio precioso na etapa da apreensão da informação!

Extendo meus agradecimento à tia Cris e ao contato com o Dr. Jayme Campos cuja resolutividade impressionou-me positivamente!

Gostaria de agradecer a todos os meus velhos(as) amigos e amigas que sempre me apoiaram durante todo este processo tão sofrido! Em especial ao Francisco (vulgo Frank), por esta irmandade e amizade tão sólidas! Valeu pelas dicas! Ao Bruno e o Uyrá lá do Lar de Jerônimo pelas energias positivas! Às amigas Adriana de Oliveira pela torcida contínua, mesmo estando mais distante geograficamente e pela amizade sincera e Cibele Maria de Sousa pelo dom de fazer as pessoas gargalharem e tornarem as coisas mais leves; ao Dr. Augusto pelas conversas de corredor, sempre breves, mas muito agradáveis para mim. À Ana Luíza do CAPS ad II pelo apoio e palavras de incentivo desde o início desta caminhada.

Também extendo os agradecimentos às novas amigadas na Unb, por terem sido grande fonte de trocas intelectuais, culturais e de parceria profissional. Em especial gostaria

registrar que tive o prazer de conhecer a doutoranda Vanessa Cardoso, colega de profissão que gentilmente atende meus encaminhamentos para atendimento familiar; a mestra Márcia Landini Totugui a quem tenho verdadeira admiração; a mestra Adriana Sócrates que vem me acolhendo em seu consultório onde clínico; a doutoranda Carla Dalbosco pelas identificações junguianas e pela amizade e à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sandra Eni e à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cida Penso que são fonte de inspiração profissional.

Aproveito para agradecer a presença de um grande anjo que aterrissou no fim desta caminhada e me ensinou que hoje a gente recebe ajuda de alguém para lá adiante ajudar outro alguém, em um processo contínuo de solidariedade e generosidade, até que a corrente do bem volte para nós, para que possamos reiniciar o mesmo processo em outros níveis e direções. MUITÍSSIMO OBRIGADO!!!

Por fim, gostaria de agradecer à minha família espiritual terrena no Lar de Jerônimo, aos meus mentores irmão Zé e irmão Ruh (que em árabe significa *espírito*) sempre tão amorosos, exigentes e dispostos a nos auxiliar em nossa evolução. Obrigado pelo grupo de notáveis que me inspirou em alguns momentos e ajudou-me a confeccionar este trabalho em sua versão escrita. À família espiritual também agradeço pelo apoio invisível, mas perceptível. Em especial àquela que em vida fora minha avó materna e chamava-se Celina Maria da Silva Castelo Branco; àquele que fora meu avô paterno, Antonio Galdino da Silva e ao meu irmão e querido primo Paulo Eduardo Magalhães da Silva, que se foi e deixou saudades. Um dia a gente vai se reencontrar, amigo!

## RESUMO

Silva, Luiz Felipe Castelo Branco da Silva (2009). Do cálice que cala à escuta que liberta: as expressões da demanda de abusadores e dependentes de álcool no contexto do acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas no Distrito Federal. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília.

Este trabalho tem como tema axial *a expressão da demanda de abusadores e dependentes de álcool em um serviço especializado*. Seu objeto é a expressão da demanda de sujeitos abusadores e dependentes de álcool, que buscam volitivamente o serviço especializado de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. A opção epistemológica se fundou na Epistemologia Qualitativa de González Rey, que advoga sobre a construção do conhecimento como realidade co-construída entre sujeito pesquisador e sujeitos pesquisados, privilegiando a função do diálogo neste processo. Seu objetivo principal foi conhecer como se expressa a demanda espontânea de sujeitos abusadores e dependentes de álcool, no contexto do acolhimento em serviço especializado, buscando investigar sobre a narrativa principal que conduz ao serviço, o processo decisório e os eventos influenciadores no processo de busca ou adiamento do pedido por ajuda especializada. Como referencial teórico foi adotado a Teoria Sistêmica, no qual o alcoolismo é compreendido como sintoma relacional e auxiliar na manutenção da homeostase dos sistemas familiares, ao mesmo tempo em que denuncia as disfuncionalidades do dinamismo do citado sistema. Este referencial foi complementando pelos pressupostos da Entrevista Motivacional e o modelo Transteórico dos Estágios da Mudança. Foi utilizada a metodologia da pesquisa qualitativa de González Rey. O instrumento utilizado foi a entrevista semi-estruturada. Foram entrevistados nove sujeitos do gênero masculino, entre 30 e 51 anos de idade e de distintas classes sócio-econômicas. As entrevistas realizadas foram gravadas, transcritas e analisadas de acordo com a proposta interpretativa da Epistemologia Qualitativa, que defende que a construção do conhecimento é um processo construtivo interpretativo ao longo de todo o percurso da pesquisa. Foram construídas três Zonas de Sentido nomeadas como: 1) *Pedido pelo rompimento do ciclo de perdas e resgate das coisas perdidas*; 2) *“Foi uma experiência assim horrível! Que eu não desejo pra ninguém, pois só eu sei o que eu passei”*: crenças em torno da loucura e das estratégias de enfrentamento deste estigma por meio da Religião e 3) *“De escravo a herdeiro: um pedido pela ruptura de padrões destrutivos constituídos e transmitidos transgeracionalmente”*. A discussão dessas Zonas aponta para os múltiplos aspectos presente na expressão da demanda e para o imperativo de refletir sobre um acolhimento que contemple a complexidade de dimensões surgidas a partir do processo de construção da informação.

Palavras-chaves: Expressão da demanda, abuso e dependência de álcool, demanda espontânea, CAPS ad.

## ABSTRACT

Silva, Luiz Felipe Castelo Branco da Silva (2009). From the cup that silences to the listening that liberates: the expressions of the needs of alcohol abusers and addicts in the context of their reception at a Psychosocial Care Center for Alcohol and other Drugs at the Federal District. Master's Dissertation. Department of Clinical Psychology and Culture. University of Brasília.

This paper's main topic is *the expressed needs of alcohol abusers and addicts at a specialized service*. Its aim is the first expressed needs of subjects that abuse or are dependent on the use of alcohol, who seek of their own volition the specialized service of a Psychosocial Care Center for Alcohol and other Drugs. The epistemological choice was based on the González Rey Qualitative Epistemology, which advocates for the construction of knowledge as a co-built reality between the researcher-subject and the researched subjects, privileging the function of communication in the process. The study's main objective was to learn about how the spontaneous expression of needs of alcohol-abusing and alcohol-dependent subjects is demonstrated in the context of their reception at a specialized Center, seeking to investigate on the core narrative that leads to the service, the decision-making process, and the events that influenced in the process of looking for specialized help, or its delayed action. The Systemic Theory was adopted as a theoretical reference, by which alcoholism is understood as a relational symptom and auxiliary in the maintenance of homeostasis of the familial systems, while is also denounces the dysfunctional dynamics of those systems. The reference mentioned was complemented by the assumptions of the Motivational Interview and the Transtheoretical Modelo of Stages of Change. The qualitative research methodology of González Rey was used. The tool used was the semi-structured interview. They were interviewed nine men between 30 and 51 years old with socioeconomic differences. The interviews were taped, transcribed and analyzed by the interpretative proposal of the Qualitative Epistemology, which argues that the construction of knowledge is a constructive-interpretative process throughout the research work. Three Sense Zones were constructed and named: 1) *Request for the break of the cycle of losses and rescue of lost things*; 2) *"It was a horrible experience! I don't want anyone to go through it, for I know what I've been through": beliefs about madness and the strategies of coping with this stigma*; and 3) *"From slave to heir: a request for the break with established destructive patterns that are transgenerationally conveyed"*. The discussion of these Zones points toward the multiple aspects present in the expression of needs and to how imperative it is to reflect upon a reception that will contemplate the complexity of the dimensions that arise from the process of the construction of information.

Key words: Expression of needs, alcohol abuse and addiction, spontaneous need, CAPS ad.

**LISTA DE ANEXOS**

Anexo I – Círculo dos Estágios da Mudança .....	283
Anexo II – Ficha de Acolhimento do CAPS ad II .....	284
Anexo III – Ficha de Plano Terapêutico .....	285
Anexo IV – Quadro de Atividades em dezembro de 2009 .....	286
Anexo V – Emenda à Lei Orgânica do Distrito Federal nº. 53 .....	287
Anexo VI – Entrevista Semi-estruturada .....	289
Anexo VII – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	291

**LISTA DE TABELAS**

Quadro 1 – Estrutura da equipe do CAPS ad de dezembro de 2008 a julho de 2009.....	93
Quadro 2 – Características dos participantes da pesquisa .....	106

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>1- A RELAÇÃO DO HUMANO COM O ÁLCOOL: DA RELIGIÃO À MORAL, DA MORAL À CIÊNCIA, DA CIÊNCIA AOS PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA E A INSTITUIÇÃO DOS CAPS AD</b> .....	27
1.1 O consumo de bebidas alcoólicas como elemento do sagrado e da constituição das sociedades primitivas.....	29
1.2 A utilização de bebidas alcoólicas enquanto problema moral .....	44
1.3 O “alcoolismo” enquanto doença e como domínio da Medicina .....	47
1.4 O consumo de bebidas alcoólicas enquanto problema de saúde pública e a instituição dos CAPS ad como medida das Políticas Públicas .....	52
<b>2 - A COMPREENSÃO DOS PROBLEMAS ASSOCIADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL E DO CONCEITO DE DEMANDA NA PERSPECTIVA SISTÊMICA</b> .....	65
2.1 O “alcoolismo” compreendido no referencial sistêmico.....	65
2.2 A significação do conceito de demanda e sua compreensão e implicações sob a égide do enfoque sistêmico .....	77
<b>3 - MÉTODO</b> .....	89
3.1 Considerações epistemológicas .....	89
3.2 Contexto da pesquisa .....	92
3.3 Objetivos .....	96
3.4 Aproximação do pesquisador ao campo e aos colaboradores da pesquisa .....	97
3.4.1 Trajetória profissional do pesquisador .....	97
3.4.2 Inserção ao campo de pesquisa.....	101
3.4.3 O acesso aos colaboradores da pesquisa .....	103
3.5 Instrumentos utilizados para apreensão da informação .....	103
3.6 Participantes da pesquisa.....	105
3.7 Procedimentos de construção da informação .....	107
3.8 Método de análise das informações.....	111
<b>4 - INFORMAÇÕES APREENDIDAS NOS ESPAÇOS CONVERSACIONAIS</b> .....	114
<b>5 - PEDIDO PELO ROMPIMENTO DO CICLO DE PERDAS E RESGATE DAS COISAS PERDIDAS</b> .....	127
5.1 “ <i>Eu já perdi tanta coisa nessa vida...</i> ”: ponderação das perdas e pedido pela escuta que acolhe .....	128
5.2 Pedido pela interrupção de novas perdas .....	141
5.3 “ <i>Eu sou um morto que quer ressuscitar</i> ”: resgate de coisas perdidas e realização de um novo projeto de vida .....	153
<b>6 - “FOI UMA EXPERIÊNCIA ASSIM HORRÍVEL! QUE EU NÃO DESEJO PRA NINGUÉM, POIS SÓ EU SEI O QUE EU PASSEI”: CRENÇAS EM TORNO DA LOUCURA E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DESTA ESTIGMA</b> .....	159
6.1 “ <i>É, meu filho, tu tá doido merdo. Não tem ninguém aqui não.</i> ”: medo de ficar louco em virtude dos sintomas de origem desconhecida e as estratégias de enfrentamento adotadas contra este sintoma .....	160

“É só eu beber, eu fico maluco, eu não enxergo nada”: preocupação em torno da implicação do sintoma da amnésia alcoólica na família.....	174
6.3 “Não! Isso não é lugar pra mim, não!”: medo do tratamento, da internação e da loucura .....	180
<b>7 - DE ESCRAVO A HERDEIRO: UM PEDIDO PELA RUPTURA DE PADRÕES DESTRUTIVOS CONSTITUÍDOS E TRANSMITIDOS TRANSGERACIONALMENTE .....</b>	<b>192</b>
7.1 “ <i>O que me machuca mais é a lembrança</i> ”: Ruptura do ciclo de violência intrafamiliar .....	194
7.2 Não ser como meu pai sem deixar de ser seu filho.....	211
7.3 Descasamento dos filhos-esposos e dos esposos filhos: um pedido pela ruptura da maternagem conjugalizada e da conjugalidade parentalizada para individuar-se.....	228
<b>8 - CONCLUSÃO .....</b>	<b>240</b>
<b>9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>251</b>
<b>10 - ANEXOS.....</b>	<b>282</b>



## INTRODUÇÃO

Este estudo está inserido no projeto Drogas, Juventude e Complexidade, vinculado à linha de pesquisa intitulada Processos Interacionais no Contexto do Casal, da Família, do Grupo e da Comunidade, coordenada pela Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Fátima Olivier Sudbrack e vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Ele marca o resultado de indagações, reflexões, esperanças e sofrimentos na trajetória enquanto psicólogo veterano e pesquisador iniciante.

Em dezembro de 2006, fui nomeado como psicólogo, por meio de concurso público e lotado em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad II). Nesse espaço laboral, tive a oportunidade não apenas de atuar na profissão que optei por seguir, mas também de deparar-me com uma clientela cujas questões sempre me produziram uma série de inquietações, em especial pelo fato de tratar-se de uma clínica de difícil adesão ao processo psicoterápico, elemento esse diferente do que vinha me deparando no consultório clínico particular. Esta realidade laboral caracterizava-se pela presença de “tropeços” ao longo da caminhada, conhecida pelos técnicos e pelos próprios beneficiários do serviço como “recaídas”. Nestes casos, o serviço exigia a “necessidade de recolhimento”.

A cada nova recaída, novos recolhimentos ocorriam, marcando um efeito cíclico semelhante à imagem da literatura grega na qual o rei Sísifo tentava continuamente carregar uma enorme pedra até o alto de uma colina, que sempre se destinava a cair pouco antes de se atingir o cume da subida, rolando morro abaixo, o que exigia um recomeçar infinito e sem nunca atingir o resultado pretendido. Nesse sentido, eu me indagava se a forma

como esses seres humanos estavam sendo acolhidos ocorria da melhor maneira. Será que a nossa escuta estava refinada ao ponto de lograr aquilo que, de fato, estava sendo pedido? O que havia nesse pedido que por sutilezas era solicitado, mas não apreendido por nós profissionais? Será que para além da mudança em relação à substância de eleição, havia outros pedidos?

Por perceber-me como um neófito na complexidade desse tipo de trabalho, preferi inteirar-me, primeiramente, do conhecimento acumulado e compartilhado em algumas referências bibliográficas a respeito da saúde mental. Desejava compreender sobre a fundação, os objetivos e as atribuições dos CAPS ad II. Também queria apropriar-me de conhecimentos práticos e teóricos que me ajudassem no manejo dos casos.

Enquanto substância psicoativa, tem-se que as bebidas alcoólicas possuem natureza predominantemente depressora no sistema nervoso central, considerando-se a fase inicial euforizante, e que seus efeitos eram conhecidos pela humanidade desde os primórdios (Niscastri, 2008). Esta afirmação se coaduna com o posicionamento de Fortes (1991), que destaca a alimentação frutífera anterior ao consumo de gorduras e proteínas pelo homem primitivo. Esta condição sugeriria a possível ingestão de frutas fermentadas, ou seja, com pequenas concentrações alcoólicas.

De esse hábito alimentar, como legado genético, o *Homo sapiens* pode ter desenvolvido a capacidade de metabolizar o álcool. Assim, a capacidade humana para a ingestão dos frutos estaria relacionada à maior tolerância a presença de dosagens alcoólicas no organismo, não existindo maiores preocupações quanto à restrição do consumo no início da civilização ocidental (Araújo & Moreira, 2006).

Posteriormente foram estabelecidos regramentos de determinados comportamentos de utilização das drogas por meio do controle social dos mesmos. No contexto religioso, o citado controle ocorreu por meio da ritualização e sacralização, como no

caso do vinho nos cultos dionisíacos, onde se buscava o êxtase e a celebração do “espírito do vinho”. Esta condição foi posteriormente modificada para o culto do sacrifício e da penitência, produto da repressão religiosa na Idade Média, proveniente da tradição judaico-cristã. Posteriormente, assumiu conotações como pecado, crime, loucura e doença conforme disposto na história da relação do homem com o álcool (Silveira & Moreira, 2006) e de acordo com o que será detalhado posteriormente.

Das leituras realizadas, minha atenção se voltou, em especial, para as propostas terapêuticas que se direcionavam entre dois segmentos. Um dos paradigmas, apoiado no projeto americano de “guerras às drogas”<sup>1</sup>, afirmava que o único resultado terapêutico aceito se consistia na conquista definitiva da abstinência. Nestes termos, a existência de um programa que ambicionava a extinção da oferta de drogas no mundo, influenciou as propostas de diminuição da demanda por drogas. Isto outorgou a abstinência enquanto única opção terapêutica. O sucesso terapêutico consistia apenas no logro de uma vida sem uso de drogas e esse modelo servia de diretriz axial para as práticas existentes em meu *locus* laboral.

O outro paradigma, conhecido como Redução de Danos (RD), não se colocava desfavorável à meta da abstinência, apesar de afirmações discordantes desse posicionamento (Sampaio & Campos, 2003). Apoiava-se na constatação real de que nem todos os consumidores de drogas psicotrópicas conseguiam ou desejavam alcançar a abstinência e que, apesar disso, não poderiam ser desassistidos. Defendia a minoração dos riscos que o comportamento adicto impingia na vida dos consumidores e da sociedade como um todo, considerando como sucesso qualquer passo no sentido de menor risco. Também defendia o indivíduo enquanto responsável pelas próprias escolhas, não se eximindo da busca de envolvê-lo de onde estivessem e levá-los paulatinamente em níveis cada vez mais elevados de cuidado consigo mesmo de saúde e de bem estar (Marlatt, 1998/1999).

---

<sup>1</sup> Cabe relembra que o consumo de bebidas foi associado a ato criminoso nos Estados Unidos entre 1919 e 1933. Essa proibição englobou a venda, a distribuição e o consumo por meio de um ato governamental conhecido por *Voltstead Act*, popularmente mais conhecido como *Lei Seca* (Araújo & Moreira, 2006).

Neste sentido, percebi que um tratamento focado apenas na extinção da substância psicoativa da díade sujeito-droga de eleição, revelava-se enquanto meta reducionista. Em meu entender, esta meta parecia desconsiderar o elemento humano e eleger a droga como foco. Passávamos a ser testemunhas e comparsas de um discurso de culpabilização da droga pelas mazelas relacionadas a ela, ingenuamente desconsiderando a natureza também prazerosa dos efeitos dessa no organismo humano e dos elementos contextuais envolvidos no processo.

Meu interesse se direcionou então para compreender a demanda pela droga, focando principalmente a questão dos alcoolistas, considerando-se que os grupos que me foram delegados para coordenar eram compostos quase que exclusivamente por homens com problemas decorrentes do uso crônico de bebidas alcoólicas. Percebi que as descrições em prontuários, inclusive nos casos de acolhimento e reacolhimento apontavam para o interesse, quase que exclusivo, em descrever a frequência, a quantidade e o tipo de droga utilizada.

A verificação da presença ou não de recaídas e o uso correto da medicação eram elementos também comuns nos registros realizados pelos membros da equipe. Não obstante, percebi uma ausência que me deixou perplexo. Na maioria dos prontuários que tive acesso quase inexistia a descrição da história de vida dessas pessoas. As descrições falavam mais da(s) droga(s) utilizadas do que dos próprios sujeitos enquanto possuidores de vivências e experiências que transcendiam a relação com a droga.

Buscando conversar sobre essa constatação com colegas, percebi que a atenção dos mesmos estava focada em dois segmentos: 1) aliciar os colegas a se filiarem em um dos dois grupos existentes (os contra e os a favor da Gerente atuante no período) e 2) verificar se a Secretaria de Estado de Saúde renovaria os contratos dos mesmos, uma vez que os “concursados estavam chegando”, como foi meu caso. Destarte, percebi que as preocupações

com o serviço e a assistência aos beneficiários do Sistema Único de Saúde (SUS) estavam desviadas para outros assuntos.

Ouvindo os pacientes do serviço, percebi que havia pessoas que estavam ali há dois anos sem remissão do quadro que as conduzia ao serviço. Em conversas “informais” e “despretensiosas” debaixo da árvore onde costumavam se reunir, propositadamente sem jalecos (também no sentido metafórico do termo) ouvi relatos instigantes. Em um desses encontros, um grupo se enalteceu por ser constituído exclusivamente por veteranos. No entanto, fiquei pasmado quando eles se autodenominaram por “os encapsulados”. De imediato escrevi mentalmente o que acabara de ouvir e tive a seguinte escrita em minha tela mental: “Os enCAPSsulados”.

Buscando alcançar os múltiplos sentidos do termo utilizado pelos beneficiários do serviço, percebi haver a condensação de quatro termos: 1) o prefixo grego *en*; 2) o termo *CAPS*, referindo-se ao Centro de Atenção Psicossocial em que eu trabalho; 3) a palavra *cápsula* e 4) o sufixo vernáculo *ado*.

De acordo com Cunha (1997), o citado prefixo grego (*en*), comumente utilizado em textos eruditos naquela língua, possui o sentido de “posição interior, movimento para dentro” (p. 294). A palavra *cápsula*, em conformidade com a mesma obra, possui origem latina (*capsŭla*) e significa “caixinha” ou “cofrezinho” onde se guardam sementes de algumas plantas. Também indica “vaso de laboratório em forma de calota esférica” (p. 152), podendo, ainda, na Botânica, designar frutos secos e deiscentes ou “película gelatinosa onde se envolvem certos medicamentos” (p. 152). Por fim, o termo *ado* define-se como sufixo vernáculo formador de substantivos que exprimem ação realizada (Almeida, 2005).

Apreendi da situação citada e dos sentidos etimológicos destacados que o CAPS ad II se tornara um lugar no qual as pessoas estavam armazenadas, encaixotadas. Era como se ser um “enCAPSsulado” fosse melhor do que ser um “noiado”, “um bebum”, pois

traduzia um outro tipo de identificação. Esta alternativa passava a se disponibilizar enquanto possibilidade intermediária, uma vez que lograr o título de abstinente ou de sóbrio possuía barramentos não escutados devidamente por nós servidores.

Pensando na imagem dos “enCAPSulados” e o fato de muitos colegas estarem ocupados com outros assuntos, como foi pontuado, percebi que o serviço acabava por reproduzir uma imagem que me incomodou. Nas verbalizações dos beneficiários do serviço, percebi que a bebida alcoólica possuía algumas funções destacadas como “ajudar a esquecer os problemas”, “relaxar”, etc. Contudo, o mais perturbador era a forma como se silenciavam e fitavam-me. Eu visualizava dor naqueles olhares, levemente disfarçados por sorrisos enrigecidos ou gargalhadas quando alguém contava uma piada, que parecia servir como agente protetivo daquilo que não poderia ser falado. É como se o silêncio denunciador necessitasse ser interrompido, o que costumava acontecer com a presença das piadas.

Refletindo sobre essa percepção em torno da bebida, da dor mascarada desenhou-se em minha interioridade a imagem de um cálice com bebida alcoólica dentro, que reiteradamente me visitava quando estava com eles debaixo da árvore. Em outros momentos, fora do ambiente de trabalho, percebi que aquela imagem continuava a me acompanhar.

Implicado em minhas raízes junguianas e sabendo que um símbolo para a Psicologia Analítica, “pressupõe sempre que a expressão escolhida seja a melhor designação ou fórmula possível de um fato relativamente desconhecido, mas cuja existência é conhecida e postulada” (Jung, 1971/1991, p. 444), direcionei minha atenção para a citada imagem. Considerei que das experiências com os beneficiários do serviço algo havia sido captado e estava em processo de decodificação interna.

A imagem citada me suscitou a ideia de tratar-se de uma relação entre continente e conteúdo. Na sua apresentação inicial, havia um cálice (continente) com bebida alcoólica dentro (conteúdo). Pensando em torno da funcionalidade da bebida anteriormente

citada, elaborei que antes da bebida alcoólica compor a interioridade do cálice, havia uma disposição diferente entre conteúdo e continente. O conteúdo anteriormente existente mantinha relação com aquilo que produzia e/ou mantinha os problemas que deveriam ser esquecidos e era anestesiado pela inserção da bebida alcoólica como conteúdo.

Ressaltou-se para mim, que o conteúdo a ser buscado não deveria ser reduzido à bebida alcoólica, mas ampliado para aquilo que estava eclipsado pela primeira. Também percebi ser importante não desconsiderar os agentes silenciadores daquilo que queria ser dito, uma vez que percebi que “cálice” também representava “cale-se”. Desse modo, idealizei um título que se referia a um cálice que cala para uma escuta que garantisse um acolhimento capaz de interromper o ciclo de silêncio e libertá-los de uma mordaca imposta. Nestes termos, surgiu-me a frase “Do cálice que cala à escuta que liberta”, metáfora esta presente no título do trabalho.

Desse modo, compreender como esses indivíduos chegam ao serviço e como se expressa a demanda dos mesmos tornaram-se objeto de minhas reflexões. Compreender aquilo que se pede, significaria alcançar subsídios orientadores para as intervenções e para a realização de um processo efetivamente terapêutico.

Concomitantemente, aguardei, por quase seis meses, promessas dos dirigentes governamentais para que ocorressem treinamentos das equipes. Contudo, desgastado pelo descaso político e no clímax das inquietações que me circundavam interna e externamente, ocorreu-me a possibilidade de ingressar no mestrado. No universo acadêmico poderia problematizar teoricamente algumas das minhas questões. Na sequência disso, fui selecionado no mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília e sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Fátima Olivier Sudbrack.

A partir de então, passei a refletir sobre os aspectos que me instigavam a partir da minha prática clínica no CAPS ad II. A partir disto, construí um projeto de pesquisa tendo como foco **as expressões iniciais da demanda de sujeitos com problemas relacionados ao abuso e dependência de álcool no contexto do acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas no Distrito Federal** cujo produto se revela como conteúdo deste relatório de pesquisa.

Para logro da pretensão destacada, considerando-se que minha ambição direcionava-se em compreender a expressão da demanda além da díade sujeito-bebida alcoólica, percebi no referencial sistêmico a contemplação da dimensão contextual e relacional, elementos carentes em outras cosmovisões. No entanto, isto não significa que outros pressupostos psicológicos como os da Entrevista Motivacional, do Modelo Transteórico dos Estágios da Mudança ou de outras áreas do conhecimento, não pertencentes exclusivamente ao âmbito da Psicologia, não tenham sido utilizados.

Como objetivo geral deste trabalho de pesquisa, elegemos *o conhecer como se expressa a demanda espontânea de sujeitos abusadores e dependentes de álcool, no contexto de acolhimento de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas, localizado no Distrito Federal*. Elegemos a Epistemologia Qualitativa como diretriz orientadora do diálogo com a realidade e a metodologia qualitativa como modelo para apreensão, construção e análise da informação. A apreensão da informação foi feita por meio de uma entrevista semi-estruturada construída com base nos objetivos do trabalho de pesquisa. Do processo construtivo-interpretativo construímos indicadores a partir dos quais emergiram as Zonas de Sentido (González Rey, 2002/2005).

Este relatório de pesquisa está disposto em dez capítulos distribuídos na forma descrita na sequência. No **Capítulo 1**, intitulado de *“A relação do humano com o álcool: da religião à moral, da moral à ciência, da ciência aos problemas de saúde pública e a*



*instituição dos CAPS ad*”, buscamos apresentar a revisão bibliográfica sobre os significados da relação da humana criatura com o álcool. Também contextualizamos a instituição dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS ad II) como política pública implantada para lidar também com os problemas associados ao consumo de bebidas alcoólicas no Brasil.

No **Capítulo 2**, intitulado de “*A compreensão dos problemas associados ao consumo de álcool e do conceito de demanda na perspectiva sistêmica*”, apresentamos a revisão bibliográfica dos problemas relativos ao abuso e dependência de bebidas alcoólicas de acordo com os pressupostos da perspectiva sistêmica. Também trabalhamos o conceito de demanda, destacando a compreensão do mesmo dentro do modelo sistêmico.

No **Capítulo 3**, denominado “*Método*”, apresentamos nossa orientação epistemológica, o contexto no qual a pesquisa foi realizada, os objetivos e o perfil dos participantes da pesquisa e os nossos procedimentos metodológicos de apreensão, construção e análise da informação.

No **Capítulo 4**, com o título de “*Informações apreendidas nos espaços conversacionais*”, apresentamos as narrativas e informações apreendidas por meio da gravação e posterior degravação dos diálogos produzidos a partir da utilização de uma entrevista semi-estruturada no espaço conversacional da pesquisa.

No **Capítulo 5**, discutimos a primeira Zona de Sentido nomeada como “*Pedido pelo rompimento do ciclo de perdas e resgate das coisas perdidas*”. O foco da discussão circundou as formas como as perdas são significadas e expressas no contexto do acolhimento, compreendidas pelos participantes como elementos que influenciaram a constituição de um pedido por ajuda no serviço especializado.

No **Capítulo 6**, discutimos a segunda Zona de Sentido intitulada como “*Foi uma experiência assim horrível! Que eu não desejo pra ninguém, pois só eu sei o que eu*

*passsei': crenças em torno da loucura e as estratégias de enfrentamento deste estigma*". A discussão aponta para aspectos ambivalentes que influenciam a busca por ajuda especializada e, ao mesmo tempo, produzem efeitos no sentido de adiamento do pedido por ajuda, a partir de crenças existentes em torno dos sintomas e das instituições prestadoras de serviço especializado.

No **Capítulo 7**, tem-se a discussão da terceira Zona de Sentido nomeada como *"De escravo a herdeiro: um pedido pela ruptura de padrões destrutivos constituídos e transmitidos transgeracionalmente"*. Nesta parte do relatório discutimos aspectos transgeracionais apontados nas narrativas dos participantes, tendo direcionamentos para o pedido pela ruptura de padrões de violência e mudança de modelos de identificação e delegações aprisionantes.

Por fim, no **Capítulo 8**, apresentamos a conclusão do presente relatório, momento este no qual são apresentadas as considerações finais em torno da pesquisa realizada e os desdobramentos da mesma em torno de seus limites e contribuições enquanto produção científica capaz de subsidiar novos trabalhos acadêmicos ou intervenções inovadoras nos CAPS ad.

No **Capítulo 9** apresentamos as referências bibliográficas e no **Capítulo 10** estão disponíveis os anexos.

# 1- A RELAÇÃO DO HUMANO COM O ÁLCOOL: DA RELIGIÃO À MORAL, DA MORAL À CIÊNCIA, DA CIÊNCIA AOS PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA E A INSTITUIÇÃO DOS CAPS AD

*Procurou o homem, desde a mais remota antigüidade, encontrar um remédio que tivesse a propriedade de aliviar suas dores, serenar suas paixões, trazer-lhe alegria, livrá-lo de angústias, do medo ou que lhe desse o privilégio de prever o futuro, que lhe proporcionasse coragem, ânimo para enfrentar as tristezas e o vazio da vida. (Lauro Sollero, 1979, citado por Buchele & Cruz, 2008, p. 66)*

Neste capítulo buscar-se-á promover a tessitura panorâmica e cronológica da relação do homem com o álcool ao longo da história. A compreensão do uso de bebidas alcoólicas enquanto problema de saúde pública revela-se notório hodiernamente. No entanto, afirmar que esta constatação existe desde os primórdios da saga humana neste planeta, revela-se assunto controverso na literatura (Laranjeira & Pinsky, 1997; Peña-Alfaro, 1993).

Os paradigmas que sustentam certas formas de ação e compreensão do fenômeno do “alcooolismo”<sup>2</sup> são construídos de acordo com o contexto histórico-cultural ao qual pertencem. Em virtude disto, tem-se que a compreensão da drogadição, enquanto fenômeno, sustenta-se na consideração da tríade na qual se tem um sujeito consumidor, uma

---

<sup>2</sup> A literatura técnica atual encontra-se em processo de transição, no qual o termo *alcooolismo* encontra-se em progressivo desuso. No campo biomédico tem-se o termo Síndrome de Dependência do Álcool, embora também esteja em processo de reavaliação, em decorrência dos componentes sociais e psicológicos presentes. No âmbito não biomédico, tem-se o conceito de problemas (ou eventos, de uso mais recente ainda) associados ao consumo de álcool (Bertolote, 1997). Ao longo deste relatório, usaremos a segunda opção (problemas ou eventos associados ao consumo de álcool), por nos parecer menos restritiva do que a anterior (visão biomédica). No entanto, também utilizaremos o termo “alcooolismo”, entre aspas, para uma melhor adequação textual. Os parênteses servirão para relativizar o termo, lembrando ao leitor que o mesmo está em processo de modificação.

substância psicoativa eleita que é consumida e um contexto no qual o uso da droga psicotrópica é realizado (Colle, 1996/2001; Kalina & Kovadloff, 1983; Olievestein, 1985).

Resgatar a historicidade da relação humana com o álcool se revela importante, para compreendermos as bases sustentadoras das compreensões atuais sobre esta questão, além de elucidar os pressupostos que subsidiam as práticas em torno dos tratamentos daqueles que sofrem com o abuso ou dependência de bebidas alcoólicas, como a implantação de políticas públicas que deram origem aos CAPS ad II. Como destacou Gussi (2008):

(...) o tratamento dado a um fenômeno está diretamente ligado às compreensões que determinado segmento da sociedade tem acerca do fato, o que, por sua vez, reflete a organização social e reproduz em ação/atitude ferramentas que traduzem uma concepção. (p. 17)

Nestes termos, buscaremos contextualizar a relação humana com o álcool em quatro dimensões, não intencionando, contudo, esgotar o tema, mas trazendo uma visão panorâmica sobre o assunto. A primeira dimensão se refere ao álcool enquanto agente constituidor das sociedades primitivas a partir da dimensão religiosa. A segunda revelará como esta substância psicoativa se tornou um problema moral. A terceira se coaduna com a transformação do álcool enquanto objeto da ciência, sendo seguida pela quarta dimensão que discorrerá sobre o advento do álcool enquanto problema de saúde pública e a instituição dos CAPS ad II enquanto resposta à citada questão da sociedade hodierna.

## **1.1 O consumo de bebidas alcoólicas como elemento do sagrado e da constituição das sociedades primitivas**

Desde os primórdios da origem humana e sua permanência neste planeta, persistiu a necessidade contínua de lidar com os desafios básicos relativos à sobrevivência diante de um mundo inóspito e perigoso. A constante busca por alimentos e por abrigos seguros para se protegerem dos fenômenos da natureza e de predadores exigiu o desenvolvimento de estratégias que garantissem a integridade física e psicológica para a continuidade da espécie humana.

Como resposta aos desafios destacados, o homem primitivo em seus primórdios percebeu a importância da ação em coletividade, destacando-se como um dos fatores promotores da sobrevivência humana neste planeta. A capacidade de transmissão de conhecimentos acerca da fabricação de utensílios de caça, regras e preceitos de ação julgados pelos membros do grupo e seus ancestrais como benéficos para a perpetuação da espécie, também se destacaram como essenciais (Childe, 1965/1981; Diakov & Kovalev, 1976).

Considerando-se a idiosincrasia como característica típica na espécie humana, podemos pensar sobre a importância da coesão e manutenção desta nos primeiros agrupamentos humanos enquanto principal tarefa a ser cumprida. Desse modo, circunstâncias específicas precisaram se instituir como forma de evitar a desagregação grupal.

O como as sociedades se formam, a maneira como se dão suas regularidades e as circunstâncias específicas que promovem a composição social, despertou o interesse de diversos pensadores (Durkheim, 1932; Hobbes, 1651/2000; Rousseau, 1762/2000). Tendo como pressuposto que forças de manutenção e de transformação das coletividades são fatores constantes em todas as organizações sociais, algumas teorias se destacaram.

Em Hobbes (1651/2000) e Rousseau (1762/2000) tem-se o termo contrato social. Este conceito definiu-se como o acordo entre os membros de uma sociedade, pelo qual reconhecem a autoridade igualmente sobre todos, de um conjunto de regras e leis, de um regime político e de um governante, como a garantia externa aos homens daquilo que promove a paz civil. O motivo da citada necessidade do acordo em comum coaduna-se com as características típicas dos indivíduos em serem dominados, em maior ou menor grau, por suas paixões que se não controladas, poderiam produzir a desagregação da coletividade.

Destacadamente em Hobbes (1651/2000) os homens seriam comandados por suas paixões e a sociedade deveria ser pensada a partir disso. As instituições viriam para tentar regular, administrar estas paixões. O desejo de auto preservação e a ideia de igualdade produziria uma categoria de paixão maior, de algo que seria compartilhado por todos e que possibilitaria o pacto social. O medo da morte, da destruição produziria algo externo que se materializaria em um pacto social que acabaria por fazer com que os indivíduos optassem por alienar de sua liberdade para garantir a continuidade da existência.

Neste sentido, um *Leviatã* (indivíduo ou instituição) acabaria por ter um poder de regulamentação e normatização ao qual as pessoas se submeteriam enquanto garantia externa para a prevenção de uma guerra generalizada. Este consenso é que instauraria a paz. O *Leviatã* seria então, uma espécie de Deus laico, como unidade reguladora que acabaria por agregar um caráter absoluto.

Rousseau (1762/2000) parte de uma perspectiva de homem solitário, independente, quase autônomo – homem natural. Não é imoral e nem moral, mas amoral, constituindo-se a idéia do “bom selvagem”, que possui paixões, emoções, mas de forma menos intensa, sendo no social e nas relações que as paixões se originam. Para esse autor, assim como em Hobbes (1651/2000), também há um soberano – O príncipe – responsável pela Democracia, não sendo o contrato o que funda o social, mas se constitui quase a

conseqüência de algo para garantir a liberdade que estava ameaçada com a possibilidade de guerra civil.

Para Durkheim (1932), os seres humanos apenas atingiriam essa condição por meio da capacidade de serem sociáveis. Aprenderem um conjunto de hábitos e costumes característicos de seu grupo social e que permitiria a possibilidade de convívio em coletividade. Segundo o autor, as sociedades são moldadas por algo que é externo e que não oferece margem para escolhas prévias. O que as pessoas pensam, sentem e fazem são independentes de suas vontades individuais, mas constituídos a partir do social.

Neste sentido, Durkheim (2002) desenvolve o conceito de fato social exposto da seguinte maneira:

O fato social é reconhecível pelo poder de coerção externa que exerce ou é suscetível de exercer sobre os indivíduos; e a presença deste poder é reconhecível, por sua vez, seja pela existência de alguma sanção determinada, seja pela resistência que o fato opõe a qualquer empreendimento individual que tenda a violentá-lo. Todavia, podemos defini-lo também pela difusão que apresenta no interior do grupo, desde que, de acordo com as precedentes observações, se tenha o cuidado de acrescentar como características segunda e essencial que ele existe independentemente das formas individuais que toma ao se difundir. (p. 8)

Segundo o autor supracitado, os fatos sociais atingiriam toda a sociedade, admitindo essa como um todo integrado onde qualquer alteração em uma parte influencia todo o resto. Nesse sentido, ressaltam-se os conceitos de Instituição Social e de Anomia durkheimianos.

O primeiro conceito define-se como um mecanismo de proteção da sociedade, constituindo-se como o conjunto de regras e procedimentos padronizados, além de reconhecidos e aceitos e sancionados socialmente. As instituições se caracterizariam como conservadoras por essência (família, escola, governo, polícia, etc.) e agiriam intensamente contra mudanças, com o fito de manutenção da ordem (Durkheim, 1932).

A anomia seria o afrouxamento dos laços sociais desencadeado pela ausência de regras reguladoras, fator esse capaz de produzir rupturas e patologia social<sup>3</sup>. Dessa maneira, esse pensador destaca a importância da categoria solidariedade, sendo esta subdividida em duas: *solidariedade mecânica* e *solidariedade orgânica*. A primeira se fundaria nas similitudes, ou seja, caracterizar-se-ia por ser aquela decorrente da adesão total dos indivíduos ao grupo, envolvendo a absorção das consciências individuais pela consciência coletiva que centralizaria e organizaria as regras a serem seguidas por todos (Durkheim, 1932).

A segunda solidariedade, fundada nas diferenças entre as pessoas, caracterizar-se-ia por uma solidariedade por cooperação e envolveria o desenvolvimento da divisão social do trabalho. Segundo esse sociólogo, como em um organismo biológico, onde cada órgão possui uma função e depende dos outros para sobreviver, cada membro da sociedade exerceria uma função na divisão do trabalho. Estes membros seriam submetidos a um conjunto de direitos e deveres, culminando na necessidade de manter-se coeso e solidário aos outros. Dessa maneira, a importância de normas reguladoras para preservação do corpo social e evitação de uma sociedade anomia se revelaria como vital.

Apesar da ênfase política tanto em Hobbes (1651/2000) quanto em Rousseau (1762/2000) e a sociológica em Durkheim (1932, 2002) percebe-se possível transpor a ideia

---

<sup>3</sup> Para esse sociólogo, o estado de patologia social caracterizava-se pela inoperância das regras de conduta, ou seja, o não funcionamento das mesmas. Sendo assim, se a criminalidade aumenta cada dia é porque as leis que fundamentam o combate ao crime estão falhando, por terem sido mal formuladas.



de um agente externo regulador da coesão e manutenção das coletividades para o âmbito das sociedades primitivas.

Pressupõe-se que a religião assumiu esse papel, na figura de um líder ou chefe tribal ou em instituições religiosas. Destaca-se também, que nestes contextos, o consumo de álcool assumiu funções específicas no processo de formação e manutenção das sociedades primitivas e antigas.

Durkheim (1960/1998), em sua obra *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, no intuito de conhecer a natureza religiosa do homem, dispõem-se a buscar os elementos constitutivos presentes nos alicerces de qualquer instituição religiosa. Focando seu trabalho na organização religiosa de povos primitivos, destacadamente nos clãs australianos, convenceu-se de que o fato religioso revela-se como uma das bases essenciais da sociedade, uma vez que se constitui enquanto um fato social. Destarte, ele destaca que:

A religião adquire assim um sentido e uma razão que o racionalista mais intransigente não pode desconhecer. Seu objetivo principal não é dar ao homem uma representação do universo físico (...) ela é antes de tudo um sistema de noções através das quais os indivíduos se representam a sociedade da qual são membros e as relações obscuras, mas íntimas, que mantêm com ela. (p. 322-323)

Neste sentido, este autor afirma que as práticas dos cultos, independentemente de sua natureza, assumiriam a função de promoção dos estreitamentos dos vínculos que unem o fiel ao seu deus, mas principalmente do indivíduo à sociedade. Os ritos seriam maneiras de agir que se destinariam a suscitar, manter ou refazer alguns estados mentais desses grupos, evitando-se um estado de anomia. Deste modo, a presença do *totem* e a rememoração daquilo

que ele representa, resgataria a ideia de um parentesco em comum, reforçando dessa maneira a crença na qual todos os membros de um mesmo clã estão afiliados entre si.

Considerando-se que os ritos revelam regras de conduta que prescrevem como o homem deve comportar-se com as coisas sagradas (Durkheim, 1960/1998), estabelecendo desta maneira paradigmas de conduta humana na existência terrestre (Eliade, 1963/2000), revela-se necessária sua transmissão. Por meio do próprio ritual e daquilo a que ele remete, foi possível resolver esta questão, uma vez que sua principal função consistia em dramatizar e reavivar os significados contidos nos mitos daquelas coletividades.

Na celebração ou culto totêmico, Durkheim (1960/1998) destacou a existência da transmissão do *totem* de uma geração para outra, assim como as crenças constitutivas de sua base. Estas festividades, segundo ele, não estavam dissociadas do **emprego ritual de bebidas intoxicantes**, que pareciam funcionar como indutores artificiais do estado delirante dos videntes. Nestes termos, mais do que um elemento eliciador de estados alterados de consciência, as bebidas alcoólicas, assim como alguns alimentos, eram incorporadas aos rituais e elegidos como elementos consagrados. Esta condição sagrada lograda se dava em virtude da crença na função conectora com a dimensão sagrada e com os seres sobrenaturais que *in illo tempore*<sup>4</sup>, na origem mítica, criaram os homens e o mundo. Essa conexão era ativada pelo consumo de bebidas alcoólicas.

Cabe destacar que para esses povos, a noção de mito não se coadunava com a ideia de algo proveniente de fantasias infantis, ficções, bestialidades ou irrupções patológicas de instintos inconscientes. Eram compreendidos como modelo vivo e auxiliar das condutas humanas, delineando padrões para a caminhada existencial através da dimensão imaginária (Brandão, 2001a; Campbell, 1959/2005; Eliade, 1963/2004).

Esta constatação se revela intensificada quando nos remetemos ao conceito antropológico de **relatividade cultural**, que se define como a suspensão dos juízos com o fito

---

<sup>4</sup> No tempo das origens.

de entender o que se passa, do ponto de vista do povo estudado. Deste exercício tem-se melhor nitidez do conceito de *Weltanschauung* – cosmovisão ou visão de mundo – definido como a maneira do indivíduo ou membros de uma sociedade conhecer e identificar os elementos componentes do mundo em termos existenciais e cognitivos, de acordo com as ideias culturais pessoais (Hoebel & Frost, 1976/2005).

A existência dos mitos e sua reiterada re/vivência ritualística concebiam-se como meio de educação, de aprendizado, de manutenção, organização e segurança social (Frost & Hoebel, 1976/2005) ou como tradutor de alguma necessidade humana, de algum aspecto da vida em sua extensão individual ou social (Durkheim, 1960/1998).

Em seu sentido etimológico, o termo mito, derivado do grego *mythos* (μῦθος = palavra) possuía sentido polissêmico, mesmo no mundo grego. Enquanto derivação do termo *mytheō* (narrar, falar) indica a narrativa ou discurso a respeito de uma realidade. Neste sentido, aproxima-se do termo *logos* em seu valor de *palavra, discurso, argumento e razão*. (Antunes, 1997; Freitas, 1997) que também se refere ao discurso ou narrativa concernente a uma dada realidade.

Podemos postular que os dois termos se assemelham no sentido de apontarem para a descrição de uma realidade. A diferença, poderia se organizar em torno do tipo de realidade narrada por cada um. Enquanto no *logos* tem-se a narrativa da realidade concreta, observável, quantificável, no *mythos* ter-se-ia a descrição da realidade subjetiva e da esfera psicológica. Esta concepção se coaduna com o pensamento de Morin (1986/2005) que compreende o *Logos* como “discurso racional, lógico e objetivo do espírito pensando um mundo que lhe é exterior” (p. 174). Enquanto “*Mitos* constitui o discurso da compreensão subjetiva, singular e concreta de um espírito que adere ao mundo sentindo-o do interior” (p. 174).

Entendemos que com o advento do pensamento cartesiano, o *mythos* perdeu gradativamente sua importância, mantendo-se a realidade concreta e exterior hegemonicamente constituída como único tipo de discurso aceito a respeito do real. No universo acadêmico, este efeito fez-se notar mais veementemente, inclusive na Psicologia. Esta, na pretensão do logro de *status* científico em suas origens, buscou aproximar-se das ciências naturais, inclusive de seus métodos de investigação e compreensão da realidade. Deste modo, afastou-se da **subjetividade** enquanto objeto de pesquisa, embora hodiernamente tenham-se pensadores preocupados com o resgate da destacada dimensão (Furtado & González Rey, 2002/2008; González Rey, 2002/2005; González Rey, 2003/2005; González Rey, 2005; González Rey, 2007; Neubern, 2003; Neubern, 2004).

A reativação do mito por meio de sua ritualização e *potencializado pelos típicos efeitos da ingestão de bebidas alcoólicas*, visavam a reativação dos fundamentos geratrizes das coletividades primitivas, considerando-se que o mito sempre narra a história de uma criação (Eliade, 1963/2000). Entendemos que essa recordação das origens reavivaria o conjunto de crenças, valores e expectativas do coletivo para cada um dos membros. Resgataria a ideia de conectividade entre todos, transformando a coletividade difusa em unidade coletiva, produto da lembrança da origem comum e da interdependência de todos para manutenção do funcionamento social.

Por meio da linguagem mítica, essas coletividades primitivas foram capazes de comunicar dimensões da condição humana, não acessíveis por outros significantes. O desenvolvimento das diversas formas de linguagem possibilitou ao ser humano não apenas descrever o mundo em suas particularidades concretas, mas também em suas dimensões misteriosas, estranhas e pertencentes a realidades diferentes daquela que habitualmente estavam acostumados.

Conforme Durkheim (1960/1998) e Geertz (1973/1989), existe o imperativo na condição humana de não deixar sem esclarecimentos os problemas de análise não solucionados. O olhar com perplexidade ou apatia em direção aos aspectos estranhos da paisagem do mundo não ocorrem separados da busca pelo desenvolvimento de noções, por mais fantásticas, simplistas ou inconsistentes que as mesmas possam parecer. A impossibilidade da palavra para nomear e significar essas realidades exigiu a constituição de outras formas de conceber e explicar determinadas ocorrências, tendo nos mitos, nos rituais, nas danças, na arte e na religião suas expressões e representações daquilo não traduzível por vocábulos.

Do acúmulo de conhecimentos dos mais básicos aos mais complexos e a possibilidade de transmissão dos mesmos aos novos membros da comunidade coletiva, foi possível o advento da cultura. Este fenômeno denota o padrão de significados transmitidos historicamente, organizados em torno de um sistema de concepções herdadas. Por intermédio dele que a humana criatura comunicou, perpetuou e desenvolveu seu conhecimento e suas atividades em relação à natureza do mundo exterior e sobre a natureza do próprio homem. (Geertz, 1973/1989; Hoebel & Frost, 1976/2005)

Depreende-se dessa situação que **o consumo de bebidas alcoólicas** estava associado a uma função auxiliar na instituição das sociedades primordiais. Estas ideias encontram sustentação em artigos antropológicos destacados por Fallding (1964) e Kupferer (1979). De acordo com estes autores, o consumo de bebidas alcoólicas nas sociedades primitivas possui relação com processos de constituição das sociedades, destacando-se o álcool com uma **função constitutiva dos agrupamentos sociais**.

Para o primeiro autor, o álcool representa um símbolo unificador que força uma necessária agregação comunitária. Destaca que uma sociedade apenas se desenvolve perante a existência de confiança recíproca, possível no ato de beber coletivamente.

Para o segundo, o consumo de bebidas de maneira coletiva aumenta a **solidariedade** e amplifica a **sociabilidade**, fatores esses considerados como contribuidores da manutenção social. Como o beber constitui-se como parte de sistema composto de diversas atividades sociais e rituais (nascimentos, casamentos, funerais, etc.) e encontra-se regulado conforme as regras de cada situação, este autor advoga que sua utilização promoveria a sociabilidade e solidariedade entre todos. No entanto, esta funcionalidade do consumo de bebidas alcoólicas não impediria a existência de outras possíveis funções assumidas.

Análises antropológicas e etnográficas revelaram existir uma riqueza na variação do uso do álcool em elevado número de contextos culturais (Johansson, 2001). Isto implica na compreensão na qual o uso, os efeitos e consequências das bebidas alcoólicas não são universais e nem ancoradas, exclusivamente, nas propriedades da substância ou na natureza humana, *exigindo-se a contextualização deste consumo* (Bales, 1946).

De acordo com Johansson (2001), estudos antropológicos apontaram o uso do álcool, em diversas culturas pesquisadas, como meio de alcance de estados alterados de consciência. Nesses estados, a manifestação de pensamentos e sentimentos, dificilmente expressados de outra maneira, destacava-se como possibilitados, caracterizando catalisadores para experiências religiosas. Bunzel (1940) destaca, inclusive, a embriaguez como forma dos grupos se fusionarem em torno do símbolo personificado no álcool, ganhando este *status* de elemento do sagrado. Nestes contextos, o álcool destaca-se pela **função catalisadora de processos psicológicos e experiências religiosas**.

Alonso-Fernández (1981) e Santo-Domingo (1982), reportando-se às primeiras referências históricas, literárias ou artísticas do uso do álcool, mencionam as prescrições de vinho e cerveja aos pacientes, por médicos egípcios, nos anos 2.100 a 1500 a.C. Neste caso, evidencia-se uma **função farmacológica e curativa do álcool**.

Na liturgia indo-européia, no *Rig Veda* ou *Rigveda* (Livro dos Hinos), destaca-se o cântico a uma entidade denominada *Soma*, nome este também atribuído a um destacado ritual hindu. *Soma*, embora se denomine uma bebida, de prováveis efeitos inebriantes, parece personificar também uma entidade divina. Sua ingestão, de acordo com o cântico, possibilita alcançar diversos benefícios para a saúde física e espiritual (Coulanges, 1981/2000; Eliade, 1963/2005), destacando-se uma **função profilática contra problemas do corpo e do espírito**.

Não menos importante, destacamos ainda a função catalisadora do uso de bebidas alcoólicas em *processos de iniciação*. Estes eram destinados a jovens neófitos que ao vivenciarem a ritualística proposta e receberem os conhecimentos consagrados, ingressavam em um novo estágio de desenvolvimento psíquico. Não raramente, recebiam um novo nome e passavam a possuir uma nova identidade na comunidade da qual faziam parte, demarcando-se uma transformação psicológica, mediados por mortes e renascimentos simbólicos (Brandão, 2001b).

Como ilustração exemplar da mencionada situação, ter-se-ia a entidade mítica conhecida como Baco ou Dioniso<sup>5</sup>, conhecido como o deus do êxtase e do entusiasmo, estando seus cultos intimamente ligados com o uso de bebidas alcoólicas (Brandão, 2001b).

Sua existência na Hélade se deu tardiamente, por volta dos séculos IX a.C. e, mais solenemente por volta do século VII a.C. na mitologia e na literatura helênica. No entanto, a confirmação de sua origem, a partir da tradução de hieróglifos cretomicênicos a partir de 1952, data desde os séculos XIV ou XIII a.C. (Brandão, 2002; Moreau, 1988/1998).

A explicação mais corrente do ingresso posterior de Dioniso em Atenas veicula aspectos políticos. Consta que se trata de uma divindade essencialmente agrária, constituído como um deus da vegetação, das potências geradoras, permanecendo cultuado por séculos nestes âmbitos rurais (Brandão, 2002).

---

<sup>5</sup> Este deus também é conhecido como Brômio, Zagreu, Iaco dentre outras denominações.

Adicionalmente, os cultos e as ritualísticas típicas da divindade grega em questão eram marcados por elementos que provocavam perplexidade ao *modus vivendis* dos atenienses. Tratava-se de um deus sem local fixo, cujo culto preferia os deuses abertos e móveis aos templos e que reunia, sem distinções, homens, mulheres<sup>6</sup>, ricos, pobres, cidadãos, metecos e escravos, aspecto este subversivo à forte hierarquia exigida pelos governantes da *pólis* (Lévy, 1988/1998).

A cidade de Atenas, até o fim do século VII a.C., foi dominada pelos Eupátridas, nobreza ateniense que fez da *pólis* propriedade exclusiva na qual exerciam o governo, o sacerdócio, a justiça exercida sob forma *temística* - expressada por meio de vontade divina. Os deuses cultuados eram divindades patriarcais (Zeus, Apolo, Posídon, Ares dentre outros) que se coadunavam com regime político e consuetudinário vigente baseado no tradicional e no despotismo (Brandão, 2002).

A partir do século VI a.C., com o enfraquecimento militar e político da nobreza vigente; a criação do sistema monetário, que mudou a forma de riqueza vinculada exclusivamente à posse de terras; o desenvolvimento do comércio; o descontentamento popular minimizado pelas reformas solonianas, evitando a revolução iminente e oferecendo os primeiros elementos para uma posterior Democracia em Atenas, foi que o povo passou a ter certos direitos na *pólis* (Pereira, 1964/1987; Rostovtzeff, 1963/1977).

A inauguração da assembléia do povo promoveu uma maior inserção das comunidades rurais na cidade de Atenas, possibilitando um maior intercâmbio inclusive no âmbito religioso. No entanto, foi na política de Pisístrato (605 – 527 a. C.), que se buscou o nivelamento das classes sociais e a conciliação dos diversos cultos. No intuito de possibilitar uma confraternização entre todos os deuses, as festas dionisíacas ganharam maior proporção na cidade de Atenas (Andrewes, 1984, Pereira, 1964/1987).

---

<sup>6</sup> Cabe destacar que as mulheres não eram consideradas cidadãs em Atenas, sendo alvo de profundas humilhações.



Do ponto de vista simbólico, o uso de bebidas alcoólicas nos cultos desse deus se vincula às origens deste ser mítico. De acordo com Brandão (2002), Baco destaca-se por uma dupla morte e duplo renascimento. Tem-se que o **primeiro** Dioniso, mais conhecido como Zagreu, nasceu da união de Zeus com Perséfone. Por ser o preferido do pai, viria a sucedê-lo no governo do mundo. Para proteger o filho do ciúme e do ódio de Hera - a esposa de Zeus -, por Zagreu ser fruto de mais uma das aventuras extraconjugais do senhor do Olimpo, mandou-o para ser cuidado nas florestas do Parnaso.

O paradeiro do jovem foi descoberto e ele foi atraído por brinquedos, sequestrado, esquartejado, cozinhado e devorado pelos Titãs, a pedido de Hera. Estes foram descobertos por Zeus que os fulminou, nascendo das cinzas, os homens, o que explicaria no ser humano o lado bom (originário de Dioniso) e o mau (originado dos Titãs). O jovem Zagreu, contudo, renasce do próprio coração, engolido por Sêmele ou por Zeus, antes de fecundá-la.

Sêmele tornou-se grávida do **segundo** Dioniso, fato este que não passou despercebido por Hera que tratou de planejar a eliminação da mesma. Transformou-se na ama da princesa tebana e a aconselhou a pedir ao amante que se apresentasse em todo o seu esplendor como prova de amor. A princesa conseguiu a promessa do amante em realizar um pedido. Zeus se apresentou em sua divindade sendo a jovem carbonizada pelos raios e trovões do olímpico.

O salvamento de Dioniso se deu quando Zeus retirou aquele do ventre da mortal e o colocou em sua coxa, para que se completasse a gestação. Quando nasceu, o pai o levou para ser cuidado pelo rei beócio de Queroneia, denominado Átamas. Hera descobriu a situação e irritada enlouqueceu o casal que iniciou uma chacina intrafamiliar. Como proteção, Zeus transformou o filho em bode e o entregou a Hermes que o levou para ser cuidado pelas Ninfas e os Sátiros, no monte Nisa, onde habitavam numa gruta profunda.

De acordo com Lévy (1988/1998), a paixão de Dioniso, constituída de sofrimentos e mortes, mas cujo resultado transcorria para seu renascimento oferece uma alegoria ao renascimento vegetal e sazonal, não sendo estranho que as quatro festas dionisíacas ocorriam no solstício de inverno e a abertura da primavera.

Este aspecto do renascimento oferece alusão aos rituais iniciáticos de *regressus ad uterum* – regresso ao útero – no qual o neófito adolescente é alegoricamente transformado em embrião para vivenciar um segundo nascimento. Por meio deste processo, o jovem se torna um ser socialmente responsável, culturalmente desperto e metamorfoseado para uma nova condição de vida (Eliade, 1963/2000, Eliade, 1957/2001).

O tema do renascimento comparece no ato de Zeus retirar o filho do útero da mãe e colocá-lo em outro ventre, no caso na cocha do senhor olímpico. Revela-se também em seu primeiro renascimento, do qual possibilitou a novidade da criação dos homens e do duplo aspecto de sua natureza boa e má. Em ambos os casos, a denominação de Dioniso como deus da *metamórfosis* – da transformação – encontra-se amparada (Brandão, 2002).

De acordo com Lersky (1971/1996) e Brandão (2002), o humano arrebatado pelo deus e transportado para o reino divino, por intermédio do êxtase, destaca-se por se tornar diferente do que era no mundo cotidiano. A transformação operada no *homo dionysiacus*, conduzia ao rompimento de todos os interditos de ordem social, política e religiosa. Por meio da embriaguez, os adeptos afrouxavam as repressões, inibições e recalques. De maneira equivalente permitiam-se vivenciar o erotismo e a fertilidade universal nos rituais dionisíacos, nos quais, não raramente, experimentavam situações de liberação, *kátharsis* purificadoras.

A utilização da **bebida alcoólica** nos rituais dionisíacos e o próprio culto de Baco pareciam oferecer, além do exposto, uma compensação a uma *pólis* patrilinear e religiosamente repressiva. Em sua liturgia, a irreverência, a liberação sexual e a

permissividade em diversas extensões permitiam a flexibilidade de um intenso controle social, fator este capaz de promoção da auto-regulação da sociedade.

Considerando-se a diversidade de funções da bebida alcoólica em diferentes contextos culturais não significa, portanto, afirmar categoricamente sobre problemas decorrentes do abuso ou dependência. De acordo com Snyder (1958) e Formigone e Monteiro (1987/1997), culturas que seguem rituais estabelecidos de onde quando e como beber possuem menores taxas de uso abusivo de álcool, quando comparadas a culturas que simplesmente proíbem o uso.

Adicionalmente, existem inclusive culturas que ensinam crianças a beber, nas quais o ato de beber está intimamente vinculado aos rituais e cerimoniais religiosos judeus, destacando-se uma espécie de “educação do beber”. Em outros contextos, como na Consagração da Missa Romana, da Santa Ceia, dos ritos Protestantes e da cerimônia *Shabbat* o consumo das bebidas alcoólicas também estaria presente como elemento ritualístico nos dias atuais (Fortes, 1975; Ramos & Bertolote, 1987/1997).

No Brasil hodierno, nas liturgias de origem yorubanas<sup>7</sup>, também se tem o uso corriqueiro de bebidas alcoólicas seja para induzir estados de transe e incorporação de entidades espirituais, visando procedimentos de cura (Bertolote, 1987/1997a; Lewis, 1971/1977). Também conhecida como “marafa” ou “marafo”, as bebidas destiladas são usadas em limpezas ritualísticas na umbanda, denominadas “sessões de descarga” ou na preparação de poções como o “amaci”<sup>8</sup>. No entanto, esse uso ritual das bebidas alcoólicas não visa a uma embriaguez orgiástica, como feito nas festas dionisíacas, sendo seu consumo feito predominantemente pelas entidades incorporadas nos médiuns (Lima, 1979/1997).

---

<sup>7</sup> Conhecidas como afro descendentes e tendo expressões no Candomblé, Umbanda, Quimbanda, etc.

<sup>8</sup> Segundo o autor, o amaci é uma poção feita com aguardente – ou marafa(a) – associada com sete ervas e cujo uso é sempre externo. Seu objetivo farmacológico visa o alívio de dores de cabeça, mediante fricção na testa e na nuca; luxações musculares; pequenos machucados; proteção contra mau-olhado; exorcismo de entidades malévolas, além de ajudar na purificação das guias (colares de ritual) e cruzar (benzer) estátuas (Lima, 1979/1997)

## 1.2 A utilização de bebidas alcoólicas enquanto problema moral

Com o advento da Filosofia grega, em torno do século VI a.C, tem-se a gradativa transição do pensamento mítico para o filosófico – científico (Marcondes, 2000). Associado a este fenômeno, a ubiqüidade da expansão do cristianismo produziu mudanças nas crenças e valores compartilhados pelas sociedades anteriores.

Os representantes da Igreja Católica buscaram validar seus preceitos. Todas as concepções anteriores ou atuais que divergissem dos pressupostos cristãos foram constituídas como heresia ou desvio da fé tradicional. Desse modo, crenças míticas e as ritualísticas oriundas dessas crendices passaram a ser dessacralizadas e compreendidas como aberrações e fenômenos atribuídos aos demônios (Eliade, 1978/1979, Pessotti, 1994/1995).

No final da Idade Média – marcada pela queda de Bizâncio em 1453 – a intenção de manutenção dos preceitos cristãos revelou-se em suas dimensões mais exageradas. A instalação da Santa Inquisição – com o objetivo ostensivo de proteger a sociedade contra o mal – e a conseqüente caça às bruxas caracterizaram a expressão da crença de que toda doença desconhecida era atribuída ao diabo (Beauchesne, 1986/1989).

Deste modo, as liturgias não cristãs e seus adeptos passaram a sofrer críticas das instituições clericais. A cristandade impusera no contexto europeu, durante gerações, uma estrutura de pensamentos e valores que condenavam os comportamentos ditos aberrantes e os excessos. Aqueles categorizados como heréticos eram inimigos de Deus e, portanto, perseguidos pela Inquisição (Szasz, 1971/1984).

Neste contexto, a utilização de bebidas alcoólicas passou a se modificar. Assumiu a conotação de um problema relacionado a forças maléficas, deixando de associar-se com as dimensões do sagrado. Por serem os efeitos da embriaguez desconhecidos ou pouco

estudados pela medicina, foram citados como sinais diabólicos pela Doutrina Demonista (Pessotti, 1994/1995).

Posteriormente, conforme destaque de Beauchesne (1986/1989), a loucura passou a estar assimilada a diversas categorias: aos vagabundos, aos ociosos, aos indigentes sem trabalho, aos libertinos, aos dissipadores, aos debochados, aos alienados e aos dementes. Entendemos que os bebedores também estariam nesta condensação<sup>9</sup>, uma vez que não havia preocupações em torno de distinções neste sentido. Em Foucault (1972/2005) são apresentados nos registros das casas de internação os “imbecis por horrível devassidão pelo vinho” (p. 118). Neste mesmo sentido, destacou Pessotti (1994/1995) ao comentar os livros sobre demonologia na Idade Média:

Na verdade, essas obras propagam a etiologia diabólica de qualquer fenômeno de aberração ou bizarrice do comportamento, como violência física, a excitação erótica, as alucinações, os meros enganos, as ilusões de óptica, a obstinação. Mesmo ao lado de descrições ou “explicações” da mania, da melancolia, da ansiedade, da esterilidade, da impotência ou a frigidez sexual; ao lado de **qualquer doença inexplicada**<sup>10</sup>. Desse modo, a desrazão não é, necessariamente, a essência da loucura, para a teologia medieval (...) a loucura é também a avareza, a luxúria, a ambição desmedida, o desrespeito ao que é sagrado. (p. 107)

No século XVI, destacou-se a figura de Johan Weyer (citado por Beauchesne, 1986/1989) como um dos poucos médicos a divulgar ideias contra os métodos dos caçadores de bruxas para feitura dos diagnósticos de feitiçaria. Em síntese, não se opunha à Inquisição e inclusive acreditava em feiticeiros(as) e feitiçaria, mas não concordava com os abusos e

---

<sup>9</sup> Desse modo, quando utilizarmos o termo “loucura”, indiretamente estaremos falando dos problemas associados ao consumo de álcool por entendermos que esses conceitos foram fundidos e apenas posteriormente diferenciados conforme veremos na sequência.

<sup>10</sup> Negrito do autor.

excessos. Defendeu um diagnóstico diferencial entre as envenenadoras ou pessoas culpadas de atos criminosos e as não envenenadoras ou pessoas inocentes de atos criminosos. Contudo, não argumentou em direção a uma crítica do conceito de feitiçaria e um pedido de sua substituição pelo de doença mental, mudanças estas ocorridas apenas posteriormente (Beauchesne, 1986/1989, Pessotti, 1994/1995, Szasz, 1971/1984).

Nos anos seguintes, a ebriedade foi paulatinamente caracterizada como algo pecaminoso (Edwards, Marshall & Cook, 2003/2005) e passando, portanto, a ser objeto de um discurso moral tanto da Igreja quanto nos tratados médicos que defendiam etiologias para a alienação mental, baseadas em aspectos moralistas (Pessotti, 1994/1995). Por um lado, a Igreja defendia a tese da embriaguez enquanto pecado curável por meio do arrependimento e penitências prescritas, sem necessidade de intervenção médica. Por outro, alguns tratados médicos<sup>11</sup> defendiam a concepção dos *perigos dos desregramentos no modo de viver, das influências de uma educação corrompida e das paixões ardentes* como elementos capazes de produzir alienação.

Nestes termos, o tratamento moral insinuado por essas crenças apontavam para uma tarefa de reeducação que visava enquadrar o comportamento desviante dentro de padrões éticos. Visava dar combate ao que os seres humanos possuem de vergonhoso e desagradável em sua natureza. Mesmo sob égide gradativa da medicina, os cuidados em torno dos ditos “alienados” passou a condensar na figura do médico ou psiquiatra as funções de reordenador e corretor dos desvios, o que lhe forneceu as características de pedagogo e de autoridade moral (Pessotti, 1996/2001), aspectos estes reforçados principalmente quando a loucura se torna doença mental e, portanto, “propriedade” da medicina.

---

<sup>11</sup> Pessotti (1996/2001) ilustra o *Traité Médico-Philosophique sur l'alienation mentale*, de 1809, escrito por Pinel e que em diversos trechos traz essa dimensão moralista sendo defendida.

### 1.3 O “alcoolismo” enquanto doença e como domínio da Medicina

Em torno do século XVII, observou-se um declínio do poder da Igreja e da interpretação religiosa e metafísica do mundo. A ideologia religiosa converteu-se numa ideologia científica. A Medicina passou explicar parte da realidade, substituindo a Igreja neste papel de detentor do saber. A vigência de um paradigma cartesiano passou a propagar que apenas a matéria e o movimento existiam na natureza (Beauchesne, 1986/1989).

Desse modo, podemos deduzir que os fenômenos que possuíam explicações espirituais ou *animistas* foram coisificadas em torno de descrições observáveis e mensuráveis. Desse modo, ocorreu uma gradativa substituição da loucura como possessão demoníaca ou questão moral para desordem da razão (Amarante, 1996/2000, Pessotti, 1996/2001). Deste modo, esta enfermidade necessitaria de intervenções específicas (Beauchesne, 1986/1989, Resende, 2007).

No passado, a Inquisição existira para proteção da sociedade contra o mal e em função da Graça Divina. O surgimento das **Instituições de internação** justificou-se na proteção da sociedade contra os desajuizados e em função da Saúde Pública. Desse modo, o complexo inquisidor-feiticeiro cedeu ao complexo alienista-insano mental (Szasz, 1971/1984). Em diversas regiões da Europa, foram criados centros de internação, como maneira de cumprir com esse novo papel “protetivo social”.

Na Inglaterra, após a criação das casas de correção (*house of correction*) em 1575, destinadas à punição de vagabundos e alívio dos pobres, foram instituídos os hospícios (*workhouse*) em 1670. Na Alemanha existiam as *Zuchthäuser* (casas de detenção). Na França, o *hospital general*, criado em 1656 e o hospício de *Saint-Lazare*, em 1682, este criado por São Vicente de Paulo (Beauchesne, 1986/1989).

Nestes espaços de internação, a segregação e a mistura de perfis distintos nos estabelecimentos revelaram-se como características marcantes (Foucault, 1972/2005).

Concomitante à completa separação dos tidos como loucos do convívio social, a diferenciação entre bebedores, esquizofrênicos, indigentes, entre outras possíveis categorias eram muito difíceis de ser estabelecidas. Esta concepção por nós defendida encontra ancoragem em Pessotti (1996/2001) quando este destaca que:

(...) termo *asile* é muito frequente nos textos franceses, significando genericamente qualquer estabelecimento em que se internavam loucos com ou sem a companhia de outros doentes (...) o tratamento da loucura nessas instituições ficava, via de regra, a cargo de pessoas sem formação médica, religiosos, quase sempre. Tais instituições não têm qualquer propósito “psiquiátrico”. São hospitais que dão ao alienado alguma assistência e um tratamento quase sempre alheio ao saber médico. (p. 151-152)

A passagem supracitada reforça a ideia de que os indivíduos não eram presos para receber cuidados médicos, mas para proteger a sociedade e impedir que suas instituições fossem denegridas. Por serem julgados por “especialistas” acerca de sua periculosidade para si e para terceiros, foram categorizados intermediariamente. Não foram contemplados enquanto cidadãos zelosos da lei e nem como delinquentes, mas como semidelinquentes (Szasz, 1971/1984).

No século XVIII, compareceu no cenário histórico uma preocupação filantrópica. Começou-se a discutir sobre a necessidade de reformar os hospitais. Por carência de recursos, as citadas ambições não lograram a materialização objetivada. No entanto, ideias em torno da adaptação dos hospitais às diversas espécies de demências foram propostas. Em *Bicêtre*<sup>12</sup> (hospício para os homens) e *Salpêtrière* (hospício para as mulheres) se organizaram como reduto dos casos incuráveis.

---

<sup>12</sup> Cabe destacar que os hospícios de *Bicêtre* e *Salpêtrière* foram criados em 20 de abril de 1680.



No âmbito do “alcoolismo”, no mesmo período supracitado, iniciou-se uma reflexão em torno das bebidas alcoólicas. Benjamin Rush (1743-1813) destacou-se pela produção de um panfleto em 1790 intitulado *An Inquiry into de Effects of Ardent Spirits*. Nele ele destacava a preocupação em investigar os efeitos das bebidas destiladas, assim como compreender as particularidades da intoxicação alcoólica. Em 1804, o médico Thomas Trotter em um ensaio sobre a embriaguez, destaca que este fenômeno se caracterizava com um hábito a ser desaprendido e compreendido como doença da mente (Edward, Marshall e Cook, 2003/2005).

Por volta do século XIX, embora se perpetuasse a abordagem religiosa veementemente contra o ato de beber, destacou-se gradativamente um movimento de temperança (Blocker, 1988; Blocker, 2003). Este foi organizado por leigos cristãos particularmente das Igrejas livres. Havia a oferta de ajuda individual ao bebedor e o movimento caracterizava-se por pregar a abstinência. Os bebedores regenerados e o testemunho destes comumente se tornavam espetáculos na cidade. Adicionalmente, dentro do movimento os ex-beberrões podiam encontrar apreço e uma nova identidade (Crowley, 1999).

No mesmo período, destacou-se o Exército da Salvação fundado por William Booth (1996, citado por Edwards, Marshall & Cook, 2003/2005). Este reformista cristão advogava que o problema do “alcoolismo” na sociedade vitoriana da época era influenciado pelas condições de vulnerabilidade social dos pobres urbanos. Comumente descrevia o álcool como “o Letes dos miseráveis”, fazendo referência a um dos cinco rios do inferno mitológico grego e conhecido como o rio do esquecimento. Não raramente, como ajuda aos alcoolistas eram oferecidos alojamentos em albergues ou colônias agrícolas como forma daquele evitar situações, lugares e companhias capazes de desencadear o ato da bebedeira (Booth, 1996).

De acordo com Edwards, Marshall & Cook (2003/2005), a década de 1870 destacou-se por um movimento pelo estabelecimento de asilos para embriagados. Nestes

espaços os alcoolistas ficavam internados no mínimo por cinco ou 10 anos, prazo esse extensível vitaliciamente em diversos casos. A justificativa das instituições visava dissolver os “grandes centros de miséria e criminalidade” e criar espaços nos quais os ébrios poderiam ser tratados e refreados. Esses locais de internação deveriam ser afastados dos grandes centros e dirigidos em estilo militar. Desse modo, garantir-se-ia controle dos comportamentos dos bebedores, sempre sob os cuidados meticulosos dos médicos.

Nas primeiras décadas do século XIX, o termo “alcoólatra” revelava-se difundido como jargão comum entre os especialistas e a população do senso comum, embora sem precisão e tendo origem na denominação (*alcoholismus*) cunhada por Magnus Huss, médico sueco, em 1849 (Edwards, Marshall & Cook, 2003/2005). Posteriormente, com a publicação da obra *The Disease Concept of Alcoholism*<sup>13</sup>, de autoria de Jellinek (1960), foi que o termo “alcooolismo” se tornou definitivo.

Para Jellinek (1952), o “o alcooolismo” era uma doença progressiva e *a única maneira* de suspensão da evolução degenerativa do quadro seria conquistar e manter a abstinência por toda a vida. Este conceito, além de não ter sido operacionalmente definido, rendeu alguns enquadres que moldaram propostas terapêuticas reducionistas até os dias atuais. Primeiramente, conforme reforçado por Edwards, Marshall e Cook (2003/2005), o único problema passava a ser o paciente com perda de controle sobre a bebida, ou seja, aquele que representava o esteriótipo do bebedor problema: presença de graves problemas de abstinência e de sérios problemas de diversas naturezas em decorrência ao “alcooolismo”.

Dessa maneira, aqueles que não se encaixassem no perfil ficavam desassistidos, além de criar um incentivo do beber abusivo, desde que não se caracterizasse um quadro mais grave. Adicionalmente, a proposta terapêutica focada exclusivamente na abstinência, passava a desconsiderar o desejo das pessoas que muitas vezes não conseguiam

---

<sup>13</sup> O Conceito de Doença de Alcoolismo.

alcançar este objetivo imposto ou daqueles que não enxergavam vantagens na mudança do ato de beber. Também implicavam em modelos interventivos focados apenas na presença ou ausência da bebida alcoólica, desconsiderando-se as dimensões sócio-familiares envolvidas no processo.

Apenas por volta da primeira metade do século XX, que a questão do “alcoolismo” recebeu um enfoque mais ampliado. Isto ocorreu quando cientistas sociais passaram a abordá-lo utilizando-se de seus métodos e instrumentos para aprofundar o tema (Bertolote, 1987/1997b). Nas figuras de Robert Strauss e Selden Bacon (1953, citado por Bertolote, 1987/1997b) tem-se os primeiros trabalhos publicados sobre a conceitualização do “alcoolismo” como um fenômeno multidimensional (físico, psicológico e social). No entanto, no campo das ciências biomédicas ainda prevaleça o conceito de Síndrome de Dependência do Álcool, proposto por Edward e Gross (1976, citado por Bertolote, 1987/1997b).

Destacamos, ainda, que as intervenções permaneceram, por muito tempo, coadunadas exclusivamente ao paradigma remediador e hospitalocêntrico ao invés da inserção de propostas preventivas enquanto política pública. No Brasil, apenas recentemente<sup>14</sup>, os problemas associados ao consumo de álcool foram enxergados como grave questão de saúde pública pelas autoridades governamentais. Não desconsideramos, contudo, o importante esforço de diversos segmentos que lutaram por esta visibilidade do problema do abuso e dependência do álcool, fator importante para que a vontade política dos governantes se fizesse presente.

Há quem aponte a inexistência de uma política pública de saúde mental efetiva, como exposto por Resende (2007) ao comentar as reclamações dos profissionais envolvidos com o cuidado de pessoas doentes mentais em torno das carências de Políticas Públicas efetivas:

---

<sup>14</sup> Vale lembrar que a Política Nacional Sobre Álcool passou a vigorar a partir de 22 de maio de 2007, após assinatura do Decreto Presidencial n.º 6.117/07, embora a existência da Câmara Especial de Políticas sobre o Álcool – CEPPA e do Grupo Técnico Interministerial criado no Ministério da Saúde datem desde 2004 e 2003 respectivamente. (Fonte: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008)

Com efeito, a se entender por política, no senso restrito aqui aplicável, uma equação a dois braços, representada de um lado por um conjunto de intencionalidades e do outro por práticas concretas, conjunto este que mostre uma certa continuidade no tempo e significação geográfica que ultrapasse os limites das experiências micro-regionais, é certo que aquelas críticas são mais que pertinentes (...) a história das política de assistência ao doente mental no Brasil é, antes de tudo, uma crônica de desencontros, propostas e práticas concretas nem sempre caminhando lado a lado, mesmo quando seus autores eram titulares reconhecidos da instituição psiquiátrica e protagonistas de prestígio da cena política do poder. (p. 16)

#### **1.4 O consumo de bebidas alcoólicas enquanto problema de saúde pública e a instituição dos CAPS ad como medida das Políticas Públicas**

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que o abuso de álcool revela-se como responsável por aproximadamente 20-30% dos casos de câncer de esôfago, câncer de fígado, cirroses hepáticas, homicídios, epilepsia e acidentes automobilísticos. Além disso, em 2002, o consumo abusivo foi responsável por 2,3 milhões de mortes prematuras, assim como diversas evidências empíricas de pesquisas realizadas pela OMS e outras fontes sugerirem a ligação entre abuso de álcool e infecção por doenças como HIV/AIDS e tuberculose pulmonar (Andrade, Villa & Pillon, 2005; Caron-Ruffino & Ruffino-Netto, 1979; Ministério da Saúde, 2002; Pechansky, Von Diemen & Genro, 2001). Em 2003, baseados nos dados do DATASUS, o governo brasileiro gastou o equivalente a 70 milhões de reais em questões referentes ao álcool (Teixeira, 2004).

Conforme estudo elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), intitulado “*Impactos Sociais e Econômicos dos Acidentes de Trânsito nas Aglomerações Urbanas*”, revela que, em 2001, esses acidentes de trânsito geraram despesas ao Brasil em torno de 5,3 bilhões de reais, não contemplados na pesquisa os dados de acidentes ocorridos nas aglomerações rurais (Góes, Coelho, Gomide *et al*, 2003).

Para a Organização Panamericana de Saúde (OPS), em 2002, o abuso de álcool foi responsável pela morte de uma pessoa a cada dois minutos em uma interpretação feita em 2002 em relação a 323.000 mortes naquele ano em decorrência do uso de álcool (Maristela, 2007; Rehm *et al.*, 2002), sendo que nas Américas tem-se a superação das médias estatísticas globais para mortes relacionadas ao consumo abusivo de álcool em torno de 50%.

Além disso, na região das Américas, o abuso de bebidas alcoólicas revela-se responsável por mais de 60 tipos de condições de saúde desfavoráveis que vão desde o consumo abusivo por grávidas, prejudicando dessa maneira o feto, até lesões intencionais ou não-intencionais, cânceres, transtornos cardiovasculares, enfermidades hepáticas e condições neuropsiquiátricas, assim como vinculado a situações de violência familiar, acidentes fatais de trânsito (tanto para condutores quanto para pedestres) e violência interpessoal (Meloni & Laranjeira, 2004).

No contexto brasileiro, no ano de 2007, foram apresentados os resultados do ***I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira***, em pesquisa em parceria entre a **Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD)** e a **Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)**, desde 2003, e com o apoio mais recente da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), em colaboração com a Universidade do Texas com a OMS, por meio do Projeto Genacis. Segundo os dados encontrados, tem-se que 12% da população brasileira tem algum problema com o álcool, tendo sido apontados,

pelos entrevistados, os problemas físicos como os mais presentes, seguidos de problemas familiares em segundo lugar e em terceiro problemas sociais e com violência.

Em relação aos problemas relacionados ao dirigir automóveis após uso de álcool, 11% dos 3.007 entrevistados distribuídos em 143 municípios brasileiros, disseram terem dirigido em mais da metade das vezes em que ingeriram álcool. Desse subgrupo, mais da metade haviam ingerido quantidade de álcool superior ao limite tolerado legalmente no Brasil para se dirigir, fator esse que indica real situação de risco para acidentes automobilísticos.

Considerando-se as estatísticas apresentadas, a pressão exercida pela sociedade civil organizada e representatividade política adequada foi possível lograr avanços nas Políticas Públicas. Uma das mais importantes vitórias brasileira no campo da saúde materializou-se com o advento do Serviço Único de Saúde (SUS). Seu funcionamento encontra-se normatizado nos dispositivos da Lei 8.080/90 e da Lei 8.142/90, ambas amparadas pelo art. 6º da Carta *Magna*<sup>15</sup> que afirma ser a saúde um direito social e pelo art. 196 do mesmo ordenamento jurídico constitucional citado, que reza que:

A saúde é **direito de todos e dever do Estado**<sup>16</sup>, garantido mediante **políticas sociais** e econômicas que visem à **redução de risco** de doença e de **outros agravos** e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua **promoção, proteção e recuperação**.

Nesse sentido, a proteção, a defesa e a garantia de saúde em todas as suas dimensões encontram base legal que a promove como direito de toda e qualquer pessoa e como obrigação do Estado. Este direito é exercido por meio de Políticas Públicas pertinentes a

---

<sup>15</sup> Jargão jurídico para designar a Constituição da República Federativa do Brasil.

<sup>16</sup> Negrito pelo autor

cada esfera na qual se tenha a saúde como eixo axial. Sendo assim, a Saúde Mental como sendo uma dessas esferas, também se encontra contemplada constitucionalmente.

Em consequência disso, a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, confere um ponto de clivagem entre dois momentos. Neste dispositivo legal tem-se a confirmação do direito dos doentes mentais ao acesso e à assistência, de maneira integral e universal, em serviços de Saúde Mental e de acordo com os princípios do SUS.

Concomitante aos aspectos anteriormente citados, a Lei 10.216/2001 também valoriza a descentralização do modelo de atendimento, ao incentivar que o tratamento possa ocorrer, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. Ela também foca a importância de reinserção sócio-familiar, destacando a importância de intervenções que contemplem a dimensão contextual do sujeito.

Relacionado ao supracitado, tem-se também, dentro do ordenamento jurídico, a Portaria nº. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, emitida pelo Ministério de Saúde. Seu texto versa sobre a criação de Centros de Atenção Psicossocial, constituídos em três modalidades de serviços a citar: CAPS I, CAPS II e CAPS III.

Essas modalidades são definidas por ordem crescente de porte ou complexidade e por abrangência populacional, possuindo a mesma função no atendimento público em saúde mental. Seu funcionamento é **prioritariamente** para atenção de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes **em sua área territorial**, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo<sup>17</sup>.

Dentro da modalidade descrita como CAPS II, de acordo com a portaria ministerial em tela, têm-se os CAPS ad II. A existência dos CAPS ad II se origina da

---

<sup>17</sup> De acordo com o parágrafo único do art. 5º da Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2001:

Define-se como **atendimento intensivo** aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; **semi-intensivo** é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; **não-intensivo** é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no artigo 2º. (grifos do autor)

necessidade de “atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas”, conforme disposto no item 4.5, do art. 4º da portaria em questão.

Em sua caracterização, esses CAPS ad II constituem-se em serviços ambulatoriais de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local. Esses serviços são responsáveis pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do seu território, além de necessitarem possuir “capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local” (alínea c, item 4.5, art. 4º da Portaria nº. 336/GM, de 2002).

Cabe também aos CAPS ad II, coordenar, no âmbito de sua abrangência e por delegação do gestor local, atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes. Além disso, supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local “no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial” (alínea “e”).

Como atividades basilares no processo de assistência aos beneficiários dos serviços dos CAPS ad II, a Portaria em questão destacou as seguintes: a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); b) atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissionais de nível superior ou nível médio; d) visitas e atendimentos domiciliares; e) atendimento à família e f) atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social. Complementarmente, o texto normativo definiu que os assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, enquanto os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.



Para o exercício de suas funções e responsabilidades, o texto normativo também dispôs o que se considera uma equipe mínima para o atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia<sup>18</sup>. Nestes termos, *ipsis litteris*, o texto legal, em seu art. 4º, inciso 4.5.2, alíneas de “a” a “e”, reza o seguinte:

(...) será composta por:

- a- 01 (um) médico psiquiatra;
- b- 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c- 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;
- d- 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- e- 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Percebemos que, embora a importância dos serviços dos CAPS ad II tenha se dado em torno de um anseio social que buscou a mudança de um paradigma exclusivamente medicamentoso e hospitalocêntrico para um modelo psicossocial, nas disposições da Portaria destacada necessita de avanços. Como destacou Machado (2006), o modelo manicomial ou psicossocial de atenção à saúde mental são opções que apontam para implicações que se

---

<sup>18</sup> No local da pesquisa, existem aproximadamente 4000 beneficiários do serviço cadastrados, tendo-se uma média de mais de 100 beneficiários por turno. Este exagerado número explica-se pelo fato da inexistência de regionalização nesta unidade, que acaba por absorver demanda de diversas regiões administrativas do Distrito Federal e entorno.

capilarizam além da definição do lugar físico de tratamento. Esta opção define um modo particular de enxergar e de agir diante do ser humano que sofre.

No modelo hospitalocêntrico e medicamentoso, o beneficiário do serviço é encarado como alguém que deve se enquadrar aos procedimentos daqueles que *são os especialistas, os doutores, os detentores do saber e da verdade*. Ele não possui atuação ativa, devendo ser paciente e passivo ao longo de um processo terapêutico exclusivamente pautado em intervenções medicamentosas e concernentes ao modelo biologizante e patologizante das ciências médicas tradicionalistas.

Naquilo que entendemos como modelo psicossocial, endossamos as compreensões em torno do sujeito não visto como objeto, mas como sujeito de direitos e deveres, que deve ser respeitado enquanto cidadão e em suas singularidades (Machado, 2006). Neste paradigma, o ser humano portador de sofrimento psíquico é enxergado para além do mero sintoma, compreendido como ser biopsicossocial inserido em um espaço e tempo histórico-cultural definido, não se ignorando outras dimensões contextuais influenciadoras.

Desse modo, uma atenção psicossocial verdadeira, exige um repensar de saberes e práticas com implicações históricas, sócio-culturais e político-ideológicas, que resulte na construção de novos espaços e novas formas de tratamento baseadas em práticas inclusivas (Basaglia, 1968/1985). Além disso, defendemos que as equipes devem ser compostas por uma diversidade de profissionais, preferencialmente qualificados, que possam contribuir para uma compreensão integral e não disjuntiva do ser humano em sofrimento psíquico.

Nestes termos, criticamos a redação da Portaria n°. 336/2002, considerando-se que seu texto revela-se maquiado e produtor de engodos. As figuras da medicina psiquiátrica, da medicina clínica e da enfermagem (esta com a exigência de formação em saúde mental)

revelam-se como categorias fixas. No entanto, as demais categorias profissionais se destacaram como coadjuvantes e optativas.

Entendemos que, quando se tem a afirmação “04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico”, não existe limitadores quanto às possíveis combinações de equipe mínima. Assim, não estaria em discordância com a normatização uma formação com um psiquiatra, um médico clínico, quatro enfermeiros e seis técnicos administrativos.

Não advogamos, contudo, que uma equipe composta da forma como citamos anteriormente não tenha condições de exercer propostas que resultem em reais benefícios para aqueles que buscam os serviços especializados. Destacamos apenas que a visão do legislador se caracterizou norteada ainda em torno de um modelo medicamentoso e biológico típicos dos paradigmas tradicionais. Visão esta que não enxerga a questão do problema associados ao consumo de álcool como fenômeno em toda sua dimensão que envolve elementos fisiológicos, mas também psicológicos e sociais complexos.

Defendemos o eixo axial que privilegia uma visão ampliada de atenção psicossocial, que compreende o ser humano em sofrimento psíquico em toda sua integralidade, além de percebê-lo enquanto sujeito co-autor do processo de tratamento. Neste sentido, pensamos que desde a entrada no serviço até a alta do beneficiário, os profissionais devem buscar reiteradamente desenvolver melhorias para as várias etapas do processo denominado tradicionalmente como tratamento.

Considerando-se a etapa inicial de qualquer serviço de atenção psicossocial em um CAPS ad II, tem-se a dimensão do acolhimento. Como conceito, o entendemos, não necessariamente, como um lugar físico no qual são apreendidas informações iniciais sobre aquele que busca assistência especializada para se decidir sobre sua elegibilidade para o

serviço, mas como espaço de intervenção clínica da atenção psicossocial de natureza continuada.

Neste contexto de intervenção tem-se a recepção daquilo que se apresenta como pedido de algo, que dependendo como for contemplado, poderá influenciar não apenas na adesão à proposta de trabalho no serviço especializado, como produzir influências ao longo do percurso no serviço e na alta. Como destacam Oliveira e Tedesco (2006), tem-se no acolhimento a questão crucial para o sucesso do tratamento. Segundo estas autoras, o espaço ou grupo de acolhimento caracteriza-se por ser um *locus* de formulação de discursos e demandas que pode favorecer a construção e reconstrução de significados que vão além da relação com o produto.

Na experiência do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD), a equipe passou a receber a demanda dos beneficiários do serviço de forma mais aberta, ou seja, de maneira a privilegiar o que era trazido pelos sujeitos. Adotaram uma postura aos moldes da *epoché*<sup>19</sup>, tendo por princípio o não buscarem interpretações, mas a escuta e o acolhimento da demanda e investimento na construção do vínculo. Os beneficiários freqüentavam os grupos na freqüência que mais lhe convinham, tendo o funcionamento desses em plantões diários de uma hora e meia de duração. O critério de exclusão da participação se direcionava para o estado de intoxicação no momento do grupo ou em surto psicótico (Oliveira & Tedesco, 2006).

As diferentes modalidades terapêuticas disponíveis na instituição mencionada visavam à contemplação da subjetividade<sup>20</sup>, estimulada a cada encontro e não se restringindo à psicoterapia individual ou grupal. Sendo assim, no contexto de acolhimento, o exercício de

---

<sup>19</sup> Termo surgido na Filosofia Moderna nas obras de Edmund Husserl e outros fenomenologistas, caracteriza-se como uma suspensão dos valores, juízos e preconceitos em relação a uma determinada coisa. Essa postura foi absorvida por algumas propostas teóricas de clínica na Psicologia, como na Gestalt-Terapia e na Psicologia Analítica. Nesse sentido, a demanda de um sujeito deve ser recebida em torno de uma atitude fenomenológica, onde as concepções teóricas, crenças e valores do psicólogo devem estar “suspensos”, para que isso não contamine o ato de acolher aquilo que o sujeito traz esteja isto manifesto e verbalizado ou não. Assim sendo, as considerações teóricas sobre o que foi trazido, ocorre em ocasião posterior ao encontro analítico.

<sup>20</sup> As autoras não definiram o conceito de subjetividade utilizado por elas.

produção de subjetividade também ocorria, situação essa presente desde a primeira ocasião de participação dos membros em um grupo de acolhimento.

Adicionalmente, ainda referente à experiência de acolhimento no PROAD, tinha-se a “demanda do indivíduo” como o foco desde o início, postura essa justificada na consideração dos sujeitos como autores e não como atores do processo (Oliveira & Tedesco, 2006). Dessa maneira, a proposta de trabalho nesta instituição pautou sua prática tendo na pessoa do beneficiário do serviço um colaborador ao invés de um agente passivo e receptáculo das intervenções dos ditos *especialistas*.

Como resultado da proposta no contexto de acolhimento, aos moldes relatados sinteticamente, percebeu-se o aumento na aderência ao serviço, sendo observado que quando os beneficiários do serviço eram encaminhados para o psiquiatra, notava-se que o “padrão de consumo de substância já havia diminuído só pela participação nos grupos” (Oliveira & Tedesco, 2006, p. 54). Em decorrência desses resultados, os grupos de acolhimento no PROAD foram aprimorados e organizados de acordo com a especificidade da demanda. Foram criados grupos de acolhimento abertos, como também grupos de acolhimento distintos como grupo para mulheres, grupo de alcoolistas e até de técnicas expressivas em um grupo de acolhimento.

Em pesquisa feita na Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), Surjan, Pillon e Laranjeiras (2006) se propuseram a investigar sobre o que acontece com os pacientes dependentes de álcool e outras drogas que desaparecem das primeiras consultas. Esse trabalho fora motivado pela taxa elevada de abandono do tratamento<sup>21</sup> em um centro de atendimento universitário da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

---

<sup>21</sup> O termo “tratamento” foi mantido em virtude de ter sido utilizado dessa maneira na pesquisa em questão, embora seja um termo por nós considerado passível de revisão por conter em si carga pejorativa e estigmatizante em virtude dos significados depreciativos que acabou assumindo ou provocando ao longo da história da saúde mental.

Foram entrevistados 69 pacientes<sup>22</sup> ou familiares<sup>23</sup>, de um total de 96 pacientes cuja diferença caracteriza o conjunto daqueles que não foram encontrados. As entrevistas aconteceram via telefônica, com duração média de 20 minutos e após pelo menos três meses e no máximo 16 meses da interrupção do tratamento no período entre março de 1997 e setembro de 1998.

Como critério de definição da categoria “paciente desistente”, adotou-se os casos daqueles pacientes que compareceram à triagem e há, no máximo, um mês de atendimento. Como protocolo de entrevista adotou-se a modalidade de entrevista semi-estruturada, na qual continha seis itens axiais: 1) Dados sócio-demográficos; 2) Consumo de álcool, drogas e tabaco; 3) Criminalidade; 4) Procura por tratamentos; 5) Mortes e 6) Razões para a não-aderência ao tratamento, embora não tenha sido explicado como foram definidos os citados níveis constituidores do instrumento da coleta de dados.

Como resultado das razões de não-aderência, as respostas encontradas foram organizadas em torno de cinco categorias de análise a citar: 1) motivos práticos (incompatibilidade de horários, distância entre a moradia e o serviço e demora no atendimento), que mobilizaram 27,5% das respostas sendo seguida pelos seguintes em ordem decrescente; 2) procura de outros serviços, excesso de otimismo em relação a si mesmo (inclui pacientes que não se consideravam dependentes ou que não julgavam precisar de ajuda externa para abandonar o vício, computando 23,1% dos casos); 3) encaminhamento para outros serviços, atitudes negativas quanto à realização de tratamento, críticas ao serviço (inclui pacientes que não gostaram do terapeuta ou que não queriam tomar medicamentos, computando 43,4% das respostas; 4) morte e 5) não se lembraram ou não souberam responder.

---

<sup>22</sup> Este termo também foi conservado por ter sido aquele contido no original do artigo em questão.

<sup>23</sup> Na pesquisa apontou-se que nos casos em que não foram possíveis entrevistarem diretamente os desistentes, optou-se por coletar as informações com os familiares daqueles que desistiram do serviço proposto.

A partir desses dados revelou-se notória a quantidade de respostas condizentes com a percepção negativa dos serviços oferecidos, da não identificação com os terapeutas e resistentes ao uso de medicamentos. Na discussão proposta pelos autores, destacaram-se as limitações do estudo e destacaram a necessidade de aprimoramento dos serviços com o fito de propiciar uma organização de trabalho capaz de alcançar:

[...] atender as necessidades desses pacientes [...] ter uma estrutura de serviço mais flexível que pudesse adequar-se às características desses pacientes [...] observar as reais necessidades de grupos distintos de pacientes a oferecer algum tipo de intervenção que aumentasse as chances de aderência ao tratamento. (Surjan, Pillon e Laranjeira, 2006, p.8)

Sendo assim, pode-se dizer que espaços de acolhimento inseridos em um programa amplo podem representar um recurso fundamental para a adesão dos beneficiários dos serviços como os oferecidos nos CAPS ad II. No entanto, revela-se pertinente ater-se ao fato de que a existência de espaços de acolhimento não determina a adesão ao serviço. Existe um conjunto de fatores que corroboram para que a mencionada situação possa se concretizar.

A compreensão daquilo que é trazido e pedido nos serviços especializados, no contexto do acolhimento se revela trabalho importante. Este pedido pode se apresentar em uma linguagem manifesta e explícita ou encoberta e subliminar, o que exige dos profissionais uma escuta que contemple os diversos níveis comunicacionais. Uma escuta que tenha como pressuposto exclusivo a dimensão sujeito-bebida alcoólica, implica em um reducionismo que elimina a consideração de outras dimensões. Advogamos a favor da **importância de uma postura de intervenção ampliada**, contornos estes delineados no corpo deste trabalho. Destacamos a vitalidade e fecundidade de estarmos abertos para acolher aquilo que

chamamos de expressão da demanda, dimensão esta a ser mais bem desenvolvida no próximo capítulo.



## 2 - A COMPREENSÃO DOS PROBLEMAS ASSOCIADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL E DO CONCEITO DE DEMANDA NA PERSPECTIVA SISTÊMICA

*“Tendemos a estabelecer um diálogo no qual, embora geremos alternativas com nosso modo de participar da conversação (com perguntas circulares, conotação positiva, etc.), de fato acompanhamos os pacientes em sua busca das mudanças viáveis, ao invés de introduzir a mudança por nossa própria conta, ‘para seu bem’ (...) tendemos a funcionar como consultores de pessoas competentes, mas necessitando de orientação de um especialista, do que como terapeutas de pessoas com problemas que requerem alguém que os resolva. Dessa maneira, favorecemos expectativas realistas e objetivos viáveis, com um pressuposto de competência (...) criando um discurso e um efeito de esperança, em vez de desmoralização”.*  
(Sluski, 1997, p. 66)

### 2.1 O “alcooolismo” compreendido no referencial sistêmico

O referencial teórico sistêmico, no contexto da saúde mental, floresce a partir da década de 50 e coadunada com as percepções de terapeutas em relação à melhora de um paciente vir acompanhada de uma piora de outro membro familiar. Adicionalmente, percebeu-se que a melhora também produzia a propagação de efeitos positivos nos outros componentes da família. Nestes termos, concluiu-se sobre a premissa que a mudança em uma pessoa modifica o sistema. Mais adiante, percebeu-se que o oposto também ocorria, conclusão esta advinda da coleção de casos de recaídas de esquizofrênicos, quando estes retornavam para casa (Nichols & Schwartz, 1995/1998).

A partir disso, a centralidade do foco de atenção e intervenção se afasta da dimensão exclusivamente intrapsíquica e focada no indivíduo e se direciona para o âmbito da

relação entre esses indivíduos (dimensão interpésíquica) e o contexto no qual estão inseridos (Elkaïm, 1995/1998). A família passa a ser vista enquanto sistema no qual todos os membros influenciam e são influenciados pelos demais (Miermont *et al*, 1987/1994).

O sintoma, anteriormente compreendido com ancoragem exclusivamente no sujeito singular, passa a ser concebido enquanto fenômeno constituído e mantido no sistema sócio-familiar, possuindo, inclusive, a função de manutenção homeostática do funcionamento do sistema no qual comparece (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 1993; Nichols & Schwartz, 1995/1998, Whitaker & Bumberry, 1988/1990).

Considerando-se o abuso ou a dependência de bebidas alcoólicas enquanto sintoma, entendemos que possua funcionalidades dentro do sistema sócio-familiar. Esta concepção se coaduna com ideias em torno da busca da etiologia do “alcooolismo”, que mesmo no âmbito da medicina, *locus* no qual as explicações biológicas possuem maior primazia, vem apresentando concepções nas quais diversos autores apontam para causas associadas a um complexo conjunto de fatores biopsicossociais (Ribeiro, 2004; Vaillant, 1999) ou que engendrem as dimensões ambientais e de herdabilidade gênica, mesmo que não articuladas (Cloninger, 1987).

No cenário no qual a abordagem sistêmica e os problemas associados ao consumo de álcool se articulam, Trindade (2006) aponta a prévia presença de evidências clínicas como: 1) a constatação de que o sintoma dos pacientes alcoolistas reaparecia ao voltar para casa; 2) a complexidade dos vínculos do sujeito alcoolista com a sua família de origem e 3) a interação do indivíduo na sua relação de casal. Diante disso, alguns teóricos buscaram, em graus variados de intensidade, compreender os problemas associados ao consumo de álcool à luz sistêmica.

Durante os anos de 1949 e 1952, no Hospital da Administração de Veteranos, em Palo Alto, Califórnia, Bateson (1972/1998) trabalhou com um grupo de alcoolistas que

possuíam outras comorbidades, em especial a esquizofrenia. Desta experiência, o autor escreveu um ensaio sobre o tema. Neste trabalho o autor advogou em torno de uma correlação inversa entre a sobriedade e a intoxicação alcoólica, na qual esta última poderia ser vista como uma correção subjetiva da primeira.

Para esse autor, a sobriedade do alcoolista e seu imperativo em torno do autocontrole do beber se revela enquanto variante desastrosa do dualismo cartesiano, da divisão mente e corpo ou da divisão entre vontade consciente, o si-mesmo e o resto da personalidade. Essa ideia, segundo ele, apóia-se na concepção na qual o sujeito é uma entidade separada de seu contexto e não influenciada por este, cabendo apenas a ele a abstinência. A partir disso, evoca a epistemologia cibernética, destacando seu funcionamento sistêmico e sua capacidade de processamento das informações disponíveis no sistema e imediata atuação autocorretiva para logro de um “ponto homeostático ótimo ou até a otimização de certas variáveis” (Bateson, 1972-1998, p. 345).

Feitas essas considerações, o autor supracitado defende que mesmo os humanos em um sistema social se organizam de maneira análoga. Nestes termos, a intoxicação alcoólica viria para provar que o autocontrole é um projeto ineficaz e absurdo e que independe unicamente da vontade singular, como defendido por paradigmas cartesianos. Neste sentido, buscando explicar o sucesso dos Alcoólicos Anônimos (AA), destaca que nele existem princípios compatíveis com as compreensões da cibernética e da teoria dos sistemas. Afirma que nos “Doze Passos” há elementos que evocam o resgate da realidade ecossistêmica na compreensão dos problemas associados ao consumo do álcool, promovendo a mudança de um paradigma disjuntivo para um paradigma conjuntivo e complexo da realidade humana.

Como exemplo do que fora citado, Bateson (1972/1998) elenca dois dos passos do AA. O primeiro conhecido com a seguinte afirmação: *Admitimos que éramos impotentes perante o álcool, que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vida* e o segundo passo

conhecido pela frase *Vimos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolvernos à sanidade*. O autor descreve que para muitos, o “Poder superior” pode ser compreendido como algo divino ou relativo a Deus. No entanto, além de elogiar a sagacidade dos fundadores do AA, destaca que o citado termo representa o sistema de interações no qual as individualidades estão inseridas e que o influenciam reiteradamente. Para o autor, o AA contempla a dimensão contextual e a utiliza ao longo de seus Doze Passos, elemento este que resulta no sucesso das intervenções desses grupos de auto-ajuda que se baseiam em princípios Cibernéticos.

De maneira tangencial, outros autores apresentaram considerações em torno da compreensão dos problemas associados ao consumo de álcool. Knight (1987) enfatizou o papel dos efeitos familiares na etiologia do “alcoolismo”, destacando as repercussões da presença de um pai passivo e de uma mãe dominadora. Corroborando com este último, Olievenstein<sup>24</sup> (1985) apontou dentro de um esquema relacional, o enfraquecimento da figura paterna, que se abdica de seu papel de pai para assumir o papel materno no lugar da mãe ou simplesmente não é confirmado enquanto pai na atividade sistêmica familiar. Neste sentido, tem-se a imagem do filho enquanto “uma borboleta que não consegue se livrar de sua crisálida” (p. 88), mantendo-se a continuidade do sistema mãe-filho.

Para Bowen (1974), todos os membros do sistema familiar possuem responsabilidades na maneira como a família se relaciona, como se relacionam os membros entre si e como, finalmente, o sintoma irrompe. Considerando-se o “alcoolismo” como sintoma, sua presença no sistema familiar representa uma disfunção no contexto familiar total. Para este autor, a presença do “alcoolismo” em um dos membros sinaliza desequilíbrios e dificuldades da família em seu processo de desenvolvimento e maturação.

---

<sup>24</sup> Embora este autor se revele enquanto psicanalista, sua leitura se apresenta dentro de um formato sistêmico e focado também no aspecto relacional. Adicionalmente, o autor não escreve sobre alcoolistas, mas sobre toxicômanos. Sua inserção no texto deu-se pela similaridade de elementos relacionais em torno das ideias de autores sistêmicos que se dedicaram ao estudo dos problemas associados ao consumo de álcool em alguns construtos de Olievenstein (1985).

O sintoma excessivo do beber ocorre quando a ansiedade familiar é elevada (Bowen, 1961). O consumo de bebidas alcoólicas apresenta uma dimensão paradoxal, pois se tem como fito a diminuição da ansiedade, ao mesmo tempo acaba por aumentá-la no sistema familiar, como reação dos membros da família diante do beber. A manutenção deste padrão relacional pode se constituir em torno de uma espiral, podendo gerar colapsos ou cronificação do funcionamento deste sistema (Trindade, 2007). Não obstante, Bowen (1978) aponta que o tratamento de outros problemas da família pode interromper ou diminuir o comportamento de beber em algumas famílias.

Coleman (1998) destacou pesquisas e evidências clínicas nas quais padrões intergeracionais de perdas traumáticas não elaboradas, foram transmitidos resultando no aparecimento de abuso de substâncias por parte de um ou mais membros familiares de gerações seguintes. Neste mesmo sentido, Trindade e Bucher-Maluschke (2008) apontam evidências transgeracionais no processo de transmissão dos problemas associados ao consumo de álcool através de gerações, assim como as questões envolvidas em relação ao citado fenômeno.

Em Krestan e Bepko (1989/1995), também se tem a contemplação da dimensão transgeracional, mais especificamente em torno do Ciclo de Vida Familiar<sup>25</sup> para a compreensão dos problemas associados ao consumo de álcool. Segundo esses autores:

A avaliação do impacto de um problema com o álcool deve levar em conta questões desenvolvimentais. O modelo de ciclo de vida é clinicamente relevante para um entendimento dos problemas com o álcool, porque o estágio desenvolvimental da família e o estágio desenvolvimental do

---

<sup>25</sup> Este conceito descreve a concepção de que a família se desenvolve ao longo de fases nas quais certas crises de transição são esperadas, constituindo-se a família enquanto sistema que se move no tempo. O curso que a família seguiu em seu passado e as tarefas exigidas da fase atual na qual se encontra influenciarão os direcionamentos futuros (Carter & McGoldrick, 1989/1995).

indivíduo se interseccionam para tornar-se um contexto em que um problema com o álcool talvez seja tanto a causa quanto o efeito da disfunção. (p. 415)

Considerando-se os problemas associados ao consumo de álcool enquanto um fenômeno com impactos intergeracionais que afetam os padrões comportamentais e emocionais da família, Krestan & Bepko (1989/1995) destacam estágios específicos do Ciclo de Vida Familiar apontando como os problemas associados ao consumo de álcool podem estar funcionando. Eles elegem sete fases: 1) o adulto jovem solteiro; 2) o novo casal; 3) a família com filhos pequenos; 4) a família com adolescentes; 5) lançando os filhos e seguindo em frente; 6) alcoolismo e divórcio e 7) a família no estágio tardio da vida.

Na fase de **adulto jovem solteiro** os autores destacam que a principal tarefa se direciona à diferenciação da própria família de origem, sendo que o grau em que a tarefa é completada influenciará profundamente as escolhas de vida subsequente. A presença de problemas associados ao consumo de álcool nesta fase, em qualquer geração, complica a tarefa de diferenciação para todos os membros da família. Na melhor das hipóteses, os(as) filhos(as) desenvolverão a capacidade para sobreviver dentro do sistema alcoolista, mas sem conseguir desenvolver instrumentais capazes para separar-se dele. Como possíveis resultantes tem-se um enrijecimento ou difusão das fronteiras familiares, troca de papéis, podendo os filhos lograrem três potenciais soluções: a) se tornarem alcoolistas – assumindo uma posição pseudodiferenciada; b) perpetuar um papel familiar de funcionamento super-responsável e casar-se com um alcoolista ou c) simplesmente romper emocionalmente com a família.

No estágio denominado **o novo casal**, aponta-se como tarefas principais a negociação das fronteiras com a família ampliada e o lidar com as expectativas e utopias prévias à formação do subsistema conjugal. O uso do álcool pode servir como um frequente regulador das questões de proximidade e distância no casal.

Os relacionamentos conjugais afetados pelos problemas associados ao consumo de álcool podem ocasionar intensos conflitos simétricos, competitividade, elevado grau de dependência manifesta ou encoberta por parte de ambos os cônjuges e extremo desequilíbrio na complementaridade de papéis. Um dos membros passa a superfuncionar pelo outro, que funciona insuficientemente. Não raramente, a relação com a bebida alcoólica funciona para regular ou suprimir conflitos relativos ao comportamento de papel sexual, situação esta que também pode resultar em infidelidade conjugal. Por outro lado, o uso do álcool pode servir de catalisador da expressão de impulsos que contradizem uma noção prevalente daquilo que se entende enquanto esperado para homens e mulheres na conjugalidade.

Como exemplo dos autores, as mulheres que aprenderam que expressar raiva ou desejar poder são coisas pouco femininas, dentro de uma sociedade machista, por meio do álcool permitem-se e justificam a visibilidade de tais impulsos. Em outra situação ilustrativa, homens que possuem dificuldade de expressarem afeto, sob efeito alcoólico permitem-se vivenciar de maneira mais explícita esta faceta de si mesmos.

No estágio denominado **a família com filhos pequenos**, a função axial dos pais se direciona para a garantia da segurança emocional e física dos filhos. Diante da presença dos problemas associados ao consumo de álcool em um dos genitores, o desempenho adequado da tarefa fica prejudicado. Não se revelam incomuns os filhos pequenos assumirem papéis paternos, além de gerar sentimentos de raiva, desconfiança, culpa e tristeza. Adicionalmente, a presença de abuso sexual, espancamentos, negligência podem se constituir enquanto experiências comuns nos lares de crianças em famílias alcoolistas. A família tende a centrar-se no álcool e não na criança, ficando esta desassistida, podendo resultar no consumo de bebidas alcoólicas por esses infantes como maneira de lidar com as disfuncionalidades familiares.

Destaca-se também que o nascimento de um primeiro filho pode desencadear um quadro de futuro problemas associado ao consumo de álcool. Tem-se que os pais se sentem inabilitados para lidar com as responsabilidades pela criação dos filhos, além de despertar antigos conflitos conjugais ou anteriores não solucionados, embora manejados com maior facilidade antes da inauguração do subsistema parental.

Na **família com adolescentes** tem-se a principal tarefa de lidar com os conflitos típicos da adolescência como os desafios às regras hierárquicas da família. É possível que as disfuncionalidades inerentes à estrutura familiar venham a aparecer com o advento do início da adolescência dos filhos. As regras inadequadas, as violações de fronteiras e conflitos entre os cônjuges, antes atenuados e disfarçados, passam a ser possíveis alvos de críticas pelo adolescente de forma direta ou indireta.

Neste sentido, considerando-se esta fase, os problemas associados ao consumo de álcool podem aparecer como um problema no adolescente ou na geração paterna. Tem-se que a emergência da condição de ser separado e diferente da família, o que ameaça seriamente o senso de adequação dos pais, e pode reacender conflitos de identidade não resolvidos em suas próprias adolescências. Segundo os autores, questões referentes às respostas de autoridade, autonomia e sexualidade tendem a comparecer enquanto temas intensificados no âmbito familiar a partir desta fase.

Para Wilsnack (1977, citado por Krestan & Bepko, 1989/1995), o consumo de bebidas alcoólicas pelo adolescente durante este período muitas vezes é indicador do intenso conflito do(a) filho(a) em relação à separação, a sexualidade e adequação de papel sexual.

No estágio nomeado como **lançando os filhos e seguindo em frente** caracteriza-se pela saída dos filhos de casa e o retorno à díade conjugal. Também é conhecida como a “fase do ninho vazio”. Nesta fase, os problemas associados ao consumo de álcool podem servir como um regulador desta nova condição, principalmente porque as questões não



solucionadas pelo casal tendem a ressurgir e demandar resolução. A urgência da necessidade de enfrentamento pode resultar na inserção do consumo reiterado de álcool, eleito como o “problema” da família, para desviar outras questões novamente adiadas. Segundo os autores, mudanças nas expectativas de intimidade ou necessidade de evitar a intimidade ocorrem frequentemente neste estágio, e geralmente o equilíbrio anterior do relacionamento muda radicalmente.

Na fase destacada como **alcoolismo e divórcio** designa a possível resultante da continuidade da utilização reiterada de bebidas alcoólicas para lidar com questões conjugais. Afirma-se que a possibilidade do divórcio revela-se mais frequente durante os primeiros estágios de sobriedade e não nos de embriaguez. Isto se explica pelo fato da remoção do álcool como um estabilizador, o que resulta em maior atividade das reações intensas em torno dos conflitos não encobertos.

Por fim, na fase intitulada **a família no estágio tardio da vida** destaca-se pela necessidade de lidar com perdas relacionadas à juventude, ao falecimento de pessoas da mesma geração ou anteriores a esta, aposentadoria, dentre outros aspectos como a aproximação do tema da morte. Os problemas associados ao consumo de álcool podem funcionar para suprimir conflitos relacionados às mudanças nas expectativas de papel no casamento durante esta fase ou para auxiliar a pessoa idosa a lidar com a sensação de isolamento e o senso de inadequação associado à perda de papel. A diminuição do contato com os membros da família, mesmo que estes morem perto, ou a experiência de perceber-se como parte menos importante na vida das pessoas pode se revelar fator de risco para um maior consumo de bebidas alcoólicas.

Com o advento da redução da capacidade física e da saúde, as pessoas idosas necessitarão de maior apoio, o que pode resultar em expectativas em torno de um ou mais filhos no cumprimento do papel de cuidador do progenitor. No entanto, podem coexistir

relutância entre os filhos em exercer este papel, o que pode gerar um sentimento de rejeição e abandono nesses pais idosos. No beber pode-se encontrar um alívio, mas também pode gerar maior distanciamento dos membros da família, uma vez que estes tendem a compreender os problemas associados ao consumo de álcool em idosos como situação irremediável. Esta situação implica em uma tolerância maior, que pode resultar em maior sensação de abandono e descaso por parte da família, amplificando-se assim, o padrão de consumo de bebidas alcoólicas.

Não menos importante, tem-se as contribuições de Steinglass *et al* (1987/1997) cuja dedicação se direcionou à reunião de informações científicas em torno da relação entre o uso do álcool e a conduta de interação da família, a partir de uma perspectiva sistêmica. Suas pesquisas os levaram a investigar sistematicamente, durante dez anos, famílias com membros alcoolistas. Nessas famílias pesquisadas, focaram com maior ênfase aquelas nas quais o “alcoolismo” tornou-se tema central na existência do sistema familiar. A questão do “alcoolismo” não se tratava de um problema de apenas um dos membros, mas se apresentava como o estado da família, fazendo-se presentes em todos os aspectos da vida do sistema familiar. A estas famílias, os autores denominaram “famílias alcoólicas” (p. 13) e nessa obra, procuraram descrever a história do desenvolvimento de uma família alcoólica.

Preambularmente, Steinglass *et al* (1987/1997) retomam alguns pressupostos da teoria sistêmica para descrever as famílias ditas “saudáveis” e “caóticas”. Eles resgataram os conceitos de *organização*, *morfoestase* e *morfogênese* para explicar o funcionamento de todo e qualquer sistema, inclusive o sistema familiar.

Sobre o conceito de *organização*, postularam tratar-se de um princípio basilar dos sistemas orgânicos. Sua definição sintetizaria a noção de que a coincidência entre os elementos do sistema, a pauta com que se unem as partes, produz algo que não se demonstra

possível prever a partir do conhecimento das características de cada uma das partes componentes. Em outros termos, o todo é diferente do que a soma de suas partes.

Considerando-se a ideia de que a teoria sistêmica percebe os sistemas vivos como entidades dinâmicas, os autores definiram os outros dois conceitos, compreendidos como forças dentro dos sistemas em geral. A força *morfogenética* (*morfogênese*) – “vinculada com o crescimento, o câmbio e o desenvolvimento, e a uma tendência a fazer-se organicamente mais complexo ao longo do tempo” (p. 60) e a força morfoestática (*morfoestase*) ou *homeostasis* conceituada como um conjunto de mecanismos reguladores e úteis para a garantia da manutenção da estabilidade, da ordem e do controle dos sistemas em funcionamento.

Nestes termos, dissertaram em torno da existência de uma disposição da família em manter sua estabilidade e o desejo de mudança e crescimento concomitantemente. Apontam que em algumas famílias a necessidade de estabilidade parece triunfar. Nestes casos, a mudança apenas se produz em decorrência de fortes pressões, uma vez que os mecanismos morfoestáticos exercem um efeito que comprime as aspirações de desenvolvimento. Quando esses mecanismos não suportam mais manter a contenção, ter-se-iam explosões, muitas vezes expressas em forma de uma crise da família.

Em contrapartida, destacaram a existência de outras famílias nas quais prevalecem um maior fluxo entre as forças de manutenção do *status quo* e as de mudança e crescimento do sistema. Esses padrões familiares são comumente denominados como saudáveis, por se apresentarem organizados, regulados e controlados, enquanto os anteriores, não raramente, são compreendidos enquanto caóticos, devido à desorganização, às desregulações e ao funcionamento descontrolado (Steinglass *et al*, 1987/1997).

No entanto, tratando-se de famílias que possuem o “alcoolismo” enquanto elemento presente, o estereótipo de sistema caótico não se demonstrou verdadeiro. Neste

sentido, advogaram em torno da existência de famílias que passam a funcionar, organizar-se e deformar-se em torno do “alcoolismo”, constituindo-se em “famílias alcoólicas” ou simplesmente “sistemas alcoólicos” (p. 61).

Relativa às deformações do desenvolvimento e a regulação dessas famílias alcoólicas, destacaram que a história de vida dessas famílias apontaram para a produção de deformações descritas da seguinte maneira:

(...) a história de vida de tais famílias diz que nelas se produzem deformações, tanto na importância assinalada nas tarefas relacionadas com o álcool (e a correspondente desqualificação das tarefas de desenvolvimento não vinculadas com o álcool) como na alteração do equilíbrio entre as forças morfogênicas e morfoestáticas do sistema familiar. Em definitivo, o processo de remodelamento é aquele que adquire maior importância de desenvolvimento para a família. No fundamental, este remodelamento adquire a forma de períodos inadequadamente prolongados e estendidos de conduta relacionada com a fase (dominada por princípios morfoestáticos) e uma tendência correspondente de rechaçar a conduta de transição para o desenvolvimento (os momentos nos quais é característico o predomínio de forças morfogênicas) (...) todos os desafios a esta estabilidade (ou seja, a vida dentro de uma fase de desenvolvimento) se interpretam em primeiro lugar como ameaças para o *status quo* (...) Como consequência disto, frustra-se o movimento até uma transição de desenvolvimento e a fase de desenvolvimento da família nesses momentos se prolonga muito além de sua vida natural. A impressão clínica é que as famílias se encontram congeladas no tempo (...)” (p. 61)

Em decorrência da capacidade de estabelecimento de uma séria de tradições e crenças compartilhadas, poderosas o suficiente para exigir a plena adesão de todos os membros da família, ao longo de múltiplas gerações e relativas ao “alcoolismo” como eixo axial, os autores caracterizaram essas famílias como dinastias alcoólicas. Eles demonstraram que da mesma maneira uma dinastia familiar pode construir-se em torno de poder econômico ou político, também se pode construir ao redor do “alcoolismo”.

Dessa maneira, a identidade familiar e a identidade individual de seus membros se fundam em torno de identidades dinásticas alcoólicas que exigem lealdade de todos e de cada um dos membros da família. Tem-se a tendência do desenvolvimento de rigidez às mudanças ou aos fatores internos e externos capazes de produzir tais efeitos, garantindo-se a continuidade do funcionamento familiar.

A citada condição não implica na inexistência de transições nas famílias alcoólicas. De acordo com Steinglass *et al* (1987/1997), essas ocorrências são possíveis, mas normalmente resultantes de extraordinários desafios ao *status quo* associados com tensões de exagerada intensidade que tornam a mudança um imperativo a ser cumprido por toda a família.

## **2.2 A significação do conceito de demanda e sua compreensão e implicações sob a égide do enfoque sistêmico**

De acordo com o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, o termo **demanda**, em termos gerais, encontra-se como sinônimo de “manifestação de um desejo, pedido ou exigência; solicitação; necessidade premente de; carecimento e precisão” (p. 216). Em termos etimológicos, conforme o exposto no Michaelis Dicionário Moderno de Língua Portuguesa

tem-se que o termo em questão se origina do latim *demando* ou *demandar* (demandar) cuja tradução se aproxima de “recomendar, pedir, solicitar, reivindicar” (p. 259).

No âmbito do tratamento psicológico, tem sua utilização inaugural no contexto da psicanálise lacaniana (Kaufmann, 1993/1996) assumindo também a ideia de um pedido de ajuda expresso diretamente por um sujeito. Neste sentido, ter-se-ia demanda apenas quando coexistirem um sujeito que apresenta um sintoma que o faz sofrer e para o qual procura ajuda (Neuburger, 1984; Sudbrack, 2003).

Embora em Freud não se tenha o desenvolvimento de um conceito de demanda propriamente dito (Roudinesco & Plon, 1997/1998), nele tem-se a ideia em torno daquilo que parece apontar para os pré-requisitos do começo de uma análise e que se coaduna com a noção de demanda enquanto pedido de ajuda. Segundo o pai da psicanálise, para o início de uma análise exige-se que haja alguém sofrendo de um conflito interno que é incapaz e resolver sozinho. Assim leva seu problema ao analista e lhe pede auxílio (Freud, 1920/1996).

Relacionado com as ideias supracitadas, diversos autores tecem afirmações semelhantes sobre os elementos disponíveis para que haja um pedido por ajuda que implique no início de algum tratamento. Para Jacoby (1984), a prática da psicoterapia consiste no encontro entre duas pessoas com o fito de compreender o que está acontecendo no inconsciente de uma delas, ou seja, o analisando ou paciente que, por sua vez, apresenta sintomas, conflitos ou outras insatisfações com as quais não consegue lidar sozinho a partir dos recursos internos que dispõe. Nesse sentido, a busca por ajuda profissional revela-se como alternativa para aquele que se percebe nas condições supracitadas.

Ceitlin e Cordioli (1998) ao abordarem o início de um processo de tratamento psicoterápico, considerando-se a busca volitiva pela assistência especializada, concluem que a busca por ajuda se dá quando o sujeito está enfrentando momentos difíceis. Neste contexto, onde o mesmo percebe-se como incapaz de enfrentar e superar seus problemas, oprimido por

angústias, por decepções distorcidas de si mesmo, das pessoas à sua volta, conjunto este que os impulsiona na busca de um profissional ou grupo de profissionais que acredita poder ajudá-lo.

Em Lima (1992), no seu ensaio intitulado “Entrada em análise”, cita o texto “Amanhã Psicanálise”, de Michel Silvestre<sup>26</sup>, e destaca, a partir deste autor, que a demanda de análise entre outras demandas adquire sinonímia com o que ele nomeia de queixa, mas se difere do sofrimento, enquanto o sintoma é o que claudica. Assim sendo, tem-se dois tipos de sujeitos: 1) aqueles que possuem um sofrimento que, por sua vez, revela-se suportado de forma estóica e sem dizer uma palavra e 2) aqueles que são portadores de sintomas, mas sem sofrerem, eles mesmos, absolutamente nada. Apenas na medida em que os dois se conectam na mesma pessoa, ou seja, sintoma e sofrimento, ter-se-ia a possibilidade de produção de uma demanda de análise ou queixa.

Não desconsiderando a validade dos pressupostos apresentados pelos autores citados, percebemos em nossa prática e em trabalhos disponíveis na literatura científica que essas ideias não ilustram as ocorrências nos eventos associados ao consumo de álcool. Como destacaram Pinelli e Neto (1992), em muitos casos não são os usuários ou dependentes de substâncias psicoativas que buscam os serviços, mas seus familiares que parecem formalizar uma demanda que aquele, de quem falam, não pôde assumir, além de serem aqueles quem se mantêm em tratamento.

Em Pinheiro (1992), tem-se destacado que na clínica em geral existe um apelo em direção a um saber que traduza o que é aquilo que produz o sintoma e o sofrimento. Nos casos relativos à presença do consumo de substâncias psicoativas, a disposição primária se reverte de um “colocar um vel<sup>27</sup>, um anteparo” (Duarte, 1992, p. 17) que possibilite estratégias que resultem no eclipsar que atenda a um não saber nada. Como se o álcool

---

<sup>26</sup> O citado autor não foi citado diretamente, uma vez que Celso Rennó Lima, em seu ensaio, não escreveu as referências bibliográficas utilizadas, apenas citando-as ao longo do texto. Dessa maneira, optou-se pela citação de maneira secundária.

<sup>27</sup> Optou-se por copiar *ipsis litteris* o termo em destaque por se tratar de uma citação do autor. Contudo, cabe salientar que na grafia de nossa língua vernácula o correto seria “véu”, ao invés de “vel”, pelo menos no sentido no qual a autora intencionou em seu texto.

servisse “compulsivamente a um fechamento do inconsciente” e o bebedor se colocasse “no lugar de um vazio” (p. 17).

Neste mesmo sentido, Sudbrack (2003) destacou que se revela comum o fato daqueles que utilizam substâncias psicoativas de maneira problemática não serem os sujeitos de sua própria demanda. A chegada aos serviços de saúde muitas vezes ocorrem por intermédio da família ou instituições que se apresentam enquanto os demandantes. Adicionalmente, a demanda possui natureza ambivalente, o que implica na coexistência do desejo e o não-desejo pelo tratamento (Sudbrack & Doneda, 1992).

Estes fatos representam grande desafio para as equipes de assistência no contexto de saúde, que se amplificam quando a primazia da proposta terapêutica ambiciona resultados que se coadunam apenas com as expectativas e desejos dos profissionais de saúde. Esta realidade pode ser encontrada nos paradigmas defensores da abstinência como única forma terapêutica aceitável, que, na prática, nem sempre considera as idiossincrasias dos beneficiários do serviço (Marlatt, 1999) e os múltiplos elementos coexistentes no processo de mudança ou continuidade no padrão de consumo de bebidas alcoólicas.

Advogamos também que o fato da constância de familiares pedindo ajuda em nome do terceiro sintomático se constitui enquanto variável a ser considerada e que aponta para a improdutividade de propostas de intervenção que não contemplem a influência familiar. Não negamos a importância de focar as questões intrapsíquicas e individuais, mas defendemos a necessidade da reflexão em torno dos elementos periféricos presentes como a família e as instituições portadores de uma demanda no lugar de um outro que permanece silenciado.

Nestes termos, percebemos na proposta sistêmica arcabouço capaz de abarcar o sujeito e os elementos periféricos presentes, uma vez que parte de um pressuposto não disjuntivo. O sujeito e seu contexto sócio-familiar não representam instâncias separadas e



incapazes de influenciarem-se mutuamente (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973/2008, Elkaïm, 1995/1998, Minuchin, 1980/1990, Minuchin & Fishman, 1981/1985, Vasconcellos, 1995, Vasconcellos, 2005).

Dessa maneira, o conceito de demanda também deve ser compreendido de maneira ampliada, uma vez que se tem alguém que pede ajuda em nome de um terceiro. Isto nos convida a considerar o alcoolista e aqueles que buscam os serviços especializados em nome dele. Na concepção sistêmica, o conceito de demanda proposto por Neuburger (1984) visa contemplar essa situação.

Embora o citado autor ao descrever o conceito de demanda a partir da perspectiva sistêmica não focar em alcoolistas, tem-se em sua narrativa a defesa em torno de uma nova concepção conceitual. Ele destaca que o modelo de demanda idealizado pela psicanálise, conforme citamos, no qual se exige a presença de um *sintoma* em alguém, que produz *sofrimento* e que resulta em um *pedido de ajuda*, não se revela correto por inteiro.

Segundo a psicanálise, apenas há demanda quando se encontram reunidos os três elementos destacados. Para Neuburger (1984), embora haja casos nos quais não existe demanda propriamente dita, não se tendo indicativo para análise nessas situações, os elementos constitutivos da demanda sempre estão presentes. Estes não se encontram em um único sujeito, mas estão dispersos no sistema familiar.

Como elementos constitutivos da demanda o autor propõe três: 1) sintoma; 2) sofrimento e 3) alegação (solicitação de ajuda). Dessa maneira, uma pessoa poderá apresentar o sintoma, uma outra ser aquela que mais sofre em razão da existência do sintoma do primeiro e existir um terceiro que formula a solicitação de ajuda a uma pessoa ou instituição que julga-se ser capaz de fornecer o apoio alegado.

Adicionalmente, o autor descreve duas possíveis clivagens. A primeira denomina por **clivagem entre sofrimento e alegação**, caracterizar-se-ia pela presença de um

sujeito que apresenta um sintoma, do qual ele sofre, mas que ele alega não precisar de ajuda. Sobre essas situações, tem-se o comentário no qual nem sempre a família autoriza a expressão de uma demanda proveniente de qualquer de seus membros, qualquer que seja a gravidade.

Nestes casos, o sujeito não seria o sujeito de sua própria demanda, sendo, portanto, sujeito de seu sintoma e de seu sofrimento. Nestas situações, Neuburger (1984) destaca, ainda, que não caberia indicação para uma análise, mas para um terapeuta familiar, de quem se esperaria:

(...) permitir, através da desalienação do grupo familiar, a expressão de uma demanda de qualquer de um dos seus membros e não apenas, daquele que, a princípio, era portador do sintoma. Isso é o que chamamos de o trabalho de individuação em terapia familiar. (p. 16)

A citada intervenção profissional poderia resultar na possibilidade da autorização do sistema familiar para a expressão das demandas de seus membros.

Como segundo tipo de clivagem, denominada por **clivagem entre sintoma e sofrimento**, ter-se-ia a apresentação de um sintoma em um sujeito que, aparentemente, não revela sofrimento e menos ainda alegação (solicitação de ajuda). Estes sujeitos são comumente pertencentes a “sistemas familiares fragilizados, de funcionamento rígido, pouco apto a mudanças, onde o sintoma faz o papel de uma interpretação quase paranóica de uma ameaça ao grupo familiar” (Neuburger, 1984, p. 20).

Esta condição, explica o autor, encontra-se enraizada em complexas organizações nas quais o sintoma serve como elemento de manutenção, mesmo que disfuncional, de dinâmicas conjugais ou familiares. A ausência do sintoma implicaria no rompimento dessas disposições de funcionamento, fazendo-se necessária a manutenção do

sintoma, embora seja em decorrência deste que as pessoas alegam necessitar de auxílio especializado.

Tem-se, portanto, uma dimensão paradoxal na qual a família busca ajuda para a mudança de algo que, em essência, querem que se mantenha. Pedem pela supressão do problema, sem precisar intervir naquilo que o mantém. De maneira similar, percebemos em nossa prática a presença da ambivalência nos alcoolistas. Ao mesmo tempo em que se tem o interesse na mudança da relação que estabeleceram com a bebida, parecem existir movimentos de manutenção do citado hábito. Tem-se assim, uma condição de ambivalência entre aspectos coexistentes em torno de movimentos de mudança e de manutenção do comportamento problema.

Não raramente, esta ambivalência é erroneamente interpretada como resistência e falta de compromisso com o tratamento por parte do beneficiário do serviço. Especificamente em alcoolistas, as reiteradas recaídas podem produzir inquietações nas equipes de profissionais, que muitas vezes preferem dar uma alta compulsória ao “paciente desinteressado”, ao invés de interessar-se em buscar compreender a complexidade envolvida na situação.

Propostas terapêuticas que adotam intervenções em torno da eliminação do sintoma, como compreendemos ser a utilização da abstinência como único foco de trabalho, deixam de contemplar que a ambivalência da demanda revela mais aspectos do que a mera relação sujeito-bebida alcoólica. Ela fala sobre forças divergentes e convergentes que ora direcionam-se para a mudança ora para a manutenção.

Como destacaram Sudbrack e Doneda (1992), a dimensão sintoma/demanda possui natureza dialética. Por um lado tem-se um sujeito que não tem autorização de sua família para expressar diretamente uma demanda de tratamento. Ao mesmo tempo, entende-se que o sintoma em si, em sua dimensão paradoxal, compreende uma busca de mudança no

contexto das interações familiares, o que exige dos profissionais a decifração destes diferentes níveis e naturezas de aspectos entrelaçados no fenômeno enxergado como ambivalência.

Partindo do pressuposto compartilhado pelos autores supracitados de que a demanda, embora ambivalente, não se constitui enquanto posição imutável ou estática, nós pensamos que ela pode ser transformada mediante o manejo adequado. Concordamos que a demanda se trata de um desejo que pode evoluir e adquirir forma de um desejo de tratar-se. O fato da chegada ao serviço, mesmo que em decorrência do desejo de um outro, pode ser trabalhado e evoluir para uma demanda de própria autoria (Eiguer, 1983/1985; Sudbrack, 2001; Sudbrack, 2003).

Neste sentido, advogamos que estratégias como a Entrevista Motivacional (EM) partem desse pressuposto. Nossa afirmação se sustenta na defesa dos promotores da EM que destacam a possibilidade de mobilizar a motivação para a mudança, apesar da ambivalência, dentro de um contexto terapêutico. Sua abordagem possui como pressupostos o aconselhamento centrado no cliente, a terapia cognitiva, a teoria sistêmica e a psicologia social da persuasão<sup>28</sup> (Miller & Rollnick, 1991/2001).

A EM, enquanto abordagem criada para ajudar pessoas a desenvolver comprometimento e a tomar a decisão de mudar, nasce dos trabalhos com bebedores-problema. Seu foco visa o manejo da ambivalência, conceito este que define a presença concomitante de movimentos em direção à **manutenção** do comportamento problema e à **mudança** do mesmo comportamento. Segundo Miller e Rollnick (1991/2001) é o correto manejo da ambivalência que influenciará o grau de resistência e de mudança do paciente.

---

<sup>28</sup> Cabe salientar que o estilo dessa abordagem caracteriza-se pela evitação da persuasão argumentativa e pela busca da apropriação e da valorização das experiências e perspectivas subjetivas do paciente. Desse modo, a escuta, o reconhecimento e a prática da aceitação – o que não significa aquiescência – de uma ampla gama de preocupações, opiniões, preferências, crenças, emoções, estilos e motivações do paciente (Miller & Rollnick, 1991/2001).

A EM revela-se como proposta complementar<sup>29</sup> ao *Transtheoretical Model Stages of Change* (Modelo Transteórico dos Estágios de Mudança) desenvolvido pelos psicólogos Prochaska e DiClemente (1982). Este modelo se funda no interesse dos autores em compreender como e porque as pessoas mudam. Foi utilizando inicialmente para tratamentos de pessoas que apresentavam interesse em deixarem de continuar fumantes, expandindo-se para abusadores ou dependentes de substâncias psicoativas em geral.

De acordo com o Modelo Transteórico dos Estágios de Mudança (MTEM), existem cinco estágios comumente ilustrados em torno de uma sequência circular. Estes estágios são figurados em forma circular, indicando que para o logro da mudança estável, não raramente se passa várias vezes em torno das fases. Adicionalmente, a forma circular dos estágios indica graficamente que existem características específicas de cada fase, o que implica na existência de formas adequadas para intervir em cada uma delas (Davidson, Rollnick & MacEwan, 1991; Miller & Rollnick, 2001).

A primeira fase, mais corretamente compreendida como estágio preliminar e, por isso, fora do círculo (anexo 1), foi denominada por **Pré-contemplação** (De Bon & Kessler, 2008) ou **Pré-ponderação** (Miller & Rollnick, 1991/2001). Nesta fase preliminar, a pessoa ainda não considera a possibilidade de mudança e, reiteradamente não considerou possuir um problema ou necessitar fazer algum tipo de mudança.

No caso dos problemas decorrentes ao abuso ou dependência do álcool, dificilmente tem-se a busca volitiva pelos serviços especializados, sendo comum a expressão de perplexidade dos abusadores ou dependentes de bebidas alcoólicas quando abordados no sentido deles estarem com problemas com a bebida. Baseando-se em Rollnick e MacEwan (1991), usuários com problemas com o álcool nesta fase necessitam de informação e *feedback* para lograr consciência de seu problema e da possibilidade de mudança.

---

<sup>29</sup> Enquanto o Modelo Transteórico se funda na descrição das fases do processo de mudança e tenha sido inicialmente no tratamento do tabagismo, a EM estabelece estratégias interventivas em cada uma dessas fases, para que se consiga manejar a ambivalência em prol dos fatores que motivam o engajamento pela mudança do comportamento problema. Como abordagem foi utilizada em seus primórdios, para tratar alcoolistas.

O segundo estágio, denominado fase da **Ponderação** (Miller & Rollnick, 2001) ou **Contemplação** (De Bon & Kessler, 2008) caracteriza-se pelo despontar de uma mínima consciência da existência de um problema, que pode estabelecer relação direta ou indireta com o fato do consumo de bebidas alcoólicas. Nesta fase, tem-se o fenômeno da ambivalência, onde o alcoolista tanto considera a mudança quanto a rejeita. Neste sentido, percebe-se uma oscilação no quesito adesão ao tratamento, uma vez que existem diversos fatores interferindo no processo de decisão entre continuar o padrão de relação com a bebida e mudar a maneira de como relacionar-se com o álcool.

Neste estágio, o papel do terapeuta direciona-se no auxílio da maximização dos fatores motivadores para a mudança e redução dos fatores que justificam a necessidade ou interesse de continuar com o padrão de consumo. Para tanto, faz-se necessário **conhecer como se expressa a demanda desses sujeitos**, considerando-se que aquele que procura o serviço, nem sempre se apresentará enquanto verdadeiro sujeito de sua própria demanda. Além disso, deve ser lembrado que esta demanda vem acompanhada de uma miríade de elementos intrapsíquicos e interpssíquicos que disputam sobre a manutenção ou mudança do comportamento alcoolista e que deve ser pesquisado pelos profissionais dos serviços.

O terceiro estágio ou fase da **Determinação** se caracteriza pelo compromisso com a ação pela mudança, embora não se confunda com esta. Os sujeitos nesta fase se apresentam prontos para o engajamento em estratégias de ação que objetivem mudanças no comportamento alcoolista. Cabe salientar, todavia, que o estar preparado e motivado para a ação não significa que a questão da ambivalência esteja resolvida. O processo de tomada de decisão continua durante todo o estágio da determinação (DiClemente, 1991/2001).

Caso haja o engajamento para a fase de Ação durante este período, o processo de mudança continua, podendo retornar para o estágio da Ponderação caso isso não ocorra. O trabalho nessa fase de Determinação visa à reunião do máximo de motivos possíveis para a

mudança e o reconhecimento da presença de elementos de relutância ou ambivalência existentes. Adicionalmente, a intervenção implica na construção de um plano de ação. Neste, constam-se a determinação das metas, as opções de ação e a fertilização do compromisso com aquilo que fora decidido como estratégias de ação. Nesta fase, revela-se pertinente a publicização do plano de ação aos familiares e pessoas que podem se constituir enquanto rede de apoio na execução (Miller & Rollnick, 1991/2001).

O estágio da **Ação** revela-se pelo engajamento em ações específicas que objetivam uma mudança, esforços esses podendo ou não ser assistidos por um acompanhamento ou aconselhamento formal. Tem-se como meta axial desta fase a implementação do plano anterior e a produção de mudança em uma área-problema. Como foco da intervenção, DiClemente (1991/2001) também lista o apoio ao aumento da sensação de auto-eficácia, que pode ser logrado pela focalização de atividades bem sucedidas ou reafirmação das decisões do sujeito.

Por fim, na quinta fase tem-se o denominado estágio de **Manutenção** e se caracteriza pela mudança sustentada a longo prazo, durante muitos anos (Miller & Rollnick, 1991/2001). Neste estágio, o novo comportamento está se estabelecendo gradativamente com maior firmeza e a ameaça de recaída ou de um retorno aos padrões antigos se revela menos frequente e intenso. No entanto, não se constitui desnecessária a utilização de estratégias de prevenção de recaída.

Cabe salientar, que a EM enquanto abordagem busca tratar o paciente como parceiro totalmente participante no processo da mudança. Ela prima pelo respeito ao trabalho que precisa ser feito nos primeiros estágios da mudança e não adota como pressuposto que todos os pacientes vêm ou devem vir para a terapia prontos para mudar. Os pacientes pré-ponderadores não são julgados enquanto portadores de recalcitrância e incorrigíveis pela

maneira como se apresentam nas fases iniciais do ciclo de mudança (DiClemente, 1991/2001).

Considerando-se os aspectos teóricos trabalhados, destacamos a importância do conhecimento do como a expressão da demanda de alcoolistas se apresenta em um serviço especializado a partir do acolhimento. Esse conhecimento, buscado desde o início, pode fornecer informações importantes, que poderão subsidiar as intervenções ao longo do tratamento, podendo-se alcançar resultados de maior qualidade e que resultem em reais benefícios para os usuários dos serviços especializados.

Entendemos que a facilitação da formulação de uma demanda propriamente dita, mesmo que a atenção se volte para aquilo que o sujeito busca inicialmente no serviço. Isto implica na readequação do foco do trabalho, que passa do produto para o ser humano demandante de algo que precisa ser acolhido. Além disso, traduz-se em uma proposta com melhor prognóstico, considerando-se que uma demanda que não parta dos sujeitos “não é uma demanda aceitável, porque uma intervenção não ancorada no desejo dos sujeitos não se constitui como legítima e, portanto, estará fadada ao fracasso” (Karam, 2003).



### 3 – MÉTODO

*“A ciência, como produção permanente de novas zonas de sentido que definem novos níveis de inteligibilidade sobre os fenômenos estudados, nunca aparece em versões terminadas ou finais; pelo contrário, representa um processo em permanente progresso, ao que lhe são alheios os dogmas e as definições universais invariáveis” (González Rey, 2002/2005, prefácio)*

#### 3.1 Considerações epistemológicas

O objetivo deste capítulo se orienta pela descrição do processo de construção da informação disponível neste relatório de pesquisa. Para tanto, revela-se pertinente a descrição das orientações epistemológicas em torno da construção de nosso objeto de pesquisa e como o mesmo foi abordado.

Fundamentalmente, nos apoiamos na Epistemologia Qualitativa (EQ) defendida por González Rey (2002/2005). Nossa opção se deu em virtude da natureza qualitativa de nosso objeto de estudo, mas também por ter neste autor, a preocupação epistemológica e metodológica de pensar a pesquisa qualitativa em Psicologia.

Segundo o autor supracitado, a EQ se fundamenta em torno de três princípios basilares. O primeiro deles destaca que *o conhecimento é uma produção construtivo-interpretativa*, o que significa afirmar que o conhecimento não traduz a somatória de fatos definidos por constatações imediatas do momento empírico.

Como destacou o autor, a interpretação se caracteriza enquanto um processo no qual o pesquisador integra, reconstrói e apresenta em construções interpretativas, indicadores obtidos no decorrer da pesquisa, que não possuiriam sentido se fossem tomados isoladamente, como constatações empíricas.

Enquanto processo, **a interpretação** não possui característica de redução da riqueza e diversidade do objeto estudado a categorias pré-estabelecidas, uma vez que é um processo constante de complexidade progressiva, que se desenvolve mediante a atribuição de significados e formas diferentes do objeto estudado.

Nestes termos, **a teoria** encontra-se presente como instrumento a serviço do pesquisador em todo o processo de interpretação, mas não como conjunto de categorias *a priori* capazes de dar conta dos processos únicos e imprevistos da pesquisa. Como destacou o autor, a “teoria (...) só influi no curso das construções teóricas do pesquisador sobre o objeto. A teoria constitui um dos sentidos do processo de produção teórica, não o esquema geral ao qual se deve subordinar esse processo” (González Rey, 2002/2005, p. 33).

**O pesquisador**, enquanto sujeito, produz ideias no decorrer da pesquisa, em um processo caracterizado por momentos de integração e continuidade de seu próprio pensamento, sem referências identificáveis no momento empírico. Além disso, “o pesquisador não se divide para participar nos diferentes domínios do exercício da profissão” (González Rey, 2002/2005, p. 102) o que implica dizer, conforme destaque do autor, que a pesquisa não se separa da prática profissional, ainda que essa separação tenha sido pretendida no domínio positivista.

O segundo princípio da EQ revela-se no ***caráter interativo do processo de produção do conhecimento***. Isto significa que as relações pesquisador-pesquisado são uma condição para o desenvolvimento das pesquisas nas ciências humanas. A dimensão interativa é essencial no processo de produção de conhecimentos, revelando-se as relações entre os envolvidos no processo de construção da informação o principal cenário da pesquisa (González Rey, 2002/2005).

A consideração interativa do processo de produção do conhecimento pressupõe a inclusão dos elementos imprevistos de todo sistema de comunicação humana. Também são

contemplados os momentos informais que surgem durante a comunicação, como produtores de informação relevante para a produção teórica. Além disso, o contexto das relações entre os sujeitos que intervêm na pesquisa (a do pesquisador e do pesquisado, por exemplo) se destaca em importância.

Nestes termos, González Rey (2002/2005) destaca que os diálogos no processo da pesquisa são muito importantes. Essa afirmação se fundamenta em torno de serem nessas interações dialogadas que a emocionalidade dos sujeitos pode comparecer de maneira a comprometer sua reflexão em um processo em que produzem informações de grande significado para a pesquisa.

Como terceiro princípio basilar da EQ, tem-se a *significação da singularidade como nível legítimo da produção do conhecimento*. Este aspecto ressalta um resgate da singularidade enquanto fonte legítima de conhecimento científico. Dessa maneira, o conhecimento científico, diante da perspectiva qualitativa, não se destaca pela quantidade de sujeitos a serem estudados, mas pela qualidade de sua expressão.

A informação expressa por um sujeito concreto pode adquirir natureza significativa para a produção do conhecimento, não se fazendo necessariamente uma replicação em outros sujeitos daquilo que fora constituído enquanto informação (González Rey, 2002/2005). Isto decorre de ter-se na proposta de construção qualitativa o foco na intensidade e não na extensão do fenômeno estudado, o que significa dizer que o direcionamento não está na frequência e quantidade das ocorrências pesquisadas, mas na natureza e qualidade desta (Demo, 2001/2006).

Outro aspecto digno de nota, concernente aos pressupostos gerais do desenvolvimento da pesquisa qualitativa em psicologia, refere-se à natureza diferenciada do objeto de pesquisa das ciências naturais e humanas. Este é “um sujeito interativo, motivado e intencional, que adota uma posição em face das tarefas que enfrenta. Além dessa realidade

não poder ser ignorada, tem-se que ela aponta para o fato da investigação ser um processo de comunicação entre pesquisador e pesquisado, constituindo-se em um diálogo permanente que toma diferentes formas.

Dessa maneira, o processo de construção da informação se desenvolve no curso da pesquisa. Os assuntos que recorrem a expressão do sujeito se reproduzem de diferentes formas nas técnicas e momentos de uma pesquisa, cenário este facilitado pela comunicação entre pesquisador e pesquisado. O diálogo adquire importância vital neste processo, conforme afirma González Rey (2002/2005):

O diálogo não representa só um processo que favorece o bem-estar emocional dos sujeitos que participam na pesquisa, mas é fonte essencial para o pensamento e, portanto, elemento imprescindível para a qualidade da informação produzida na pesquisa (p. 55).

### **3.2 Contexto da pesquisa**

A pesquisa em tela ocorreu em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Este serviço funciona em concordância ao prescrito pela Portaria GM nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002, ou seja, das às 8:00 às 18:00, das segundas às sextas-feiras, excetuando-se nas quintas-feiras, no turno vespertino (14:00 – 18:00), período no qual se realizavam as reuniões de equipe onde ocorriam informes administrativos e estudos de casos.

Na ocasião em que o trabalho de apreensão das informações da pesquisa aconteceu, entre o início do mês de dezembro de 2008 e o final de janeiro de 2009, a equipe tinha a seguinte estrutura, tendo ocorrido algumas modificações em sua composição:

**Quadro 1 - Estrutura da equipe do CAPS ad de dezembro de 2008 a julho de 2009<sup>30</sup>**

<b>Categoria Funcional</b>	<b>Número de Profissionais</b>	<b>Carga horária</b>
<b>Psicologia</b>	- 1 psicólogo (concurado)	30 h/semana
	- 1 psicólogo (contrato temporário) <sup>31</sup> .	40 h/semana
<b>Serviço Social</b>	- uma assistente social (concurada) <sup>32</sup>	24 h/semana
	- uma assistente social (concurada e Gerente do CAPS ad)	40h/semana
<b>Terapia Ocupacional</b>	- uma Terapeuta Ocupacional (concurada)	24 h/semana
	- uma Terapeuta Ocupacional (contrato temporário)	40 h/semana
<b>Enfermagem<sup>33</sup></b>	- duas enfermeiras (concuradas)	40 h/semana
	- uma enfermeira (contrato temporário) <sup>34</sup>	40 h/semana
<b>Psiquiatria</b>	- um psiquiatra (concurado)	20 h/semana
<b>Farmácia</b>	- uma farmacêutica (concurada)	24 h/semanais
<b>Medicina Clínica</b>	- uma médica (concurada)	20 h/semana
<b>Técnico de Enfermagem</b>	- um técnico de enfermagem (concurado)	30 h/semanais
	- 4 técnicas de enfermagem (contratos temporários) <sup>35</sup>	40 h/semanais
<b>Técnico administrativo<sup>36</sup></b>	- um técnico administrativo (concurado e Chefe do Núcleo de Regulação Controle e Avaliação) <sup>37</sup>	40 h/semanais
	- uma técnica administrativa (concurada e Chefe do Núcleo Apoio Operacional)	40 h/semanais

<sup>30</sup> Embora não faça parte da equipe mínima do CAPS ad em questão, existe um grupo de tratamento do tabagismo, às quartas-feiras no turno vespertino, facilitado por um psiquiatra vinculado ao Hospital São Vicente e Paula, que costuma frequentar as reuniões de quinta-feira à tarde, período no qual disponibilizou um horário para atendimento psiquiátrico de beneficiários recém ingressos no serviço, com número de até três pacientes a cada quinta-feira.

<sup>31</sup> Não está mais no serviço atualmente, em virtude de nomeação para cargo público com restrições de acumulação de cargos.

<sup>32</sup> Não está mais no serviço, pedindo exoneração após ter sido nomeada para outro órgão no governo federal.

<sup>33</sup> Nenhuma das enfermeiras possuía formação em saúde mental como exigido pela legislação. Uma das enfermeiras possui um cargo de chefia de enfermagem.

<sup>34</sup> Foi nomeada para concurso de Enfermagem da Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF), mas não quis ser lotado no CAPS ad.

<sup>35</sup> Uma das técnicas de enfermagem foi nomeada para a SES/DF, mas não conseguiu ser lotado no CAPS ad. Outra técnica de enfermagem foi nomeada para órgão do governo federal e não trabalha mais no CAPS ad.

<sup>36</sup> Cabe salientar que este setor encontra-se carente de profissionais para os serviços administrativos.

<sup>37</sup> Este servidor colocou o cargo de chefia à disposição da Diretoria Regional do local onde se encontra este CAPS ad e retornou para o setor onde trabalhava em um Centro de Saúde nas proximidades.

Neste mesmo período, os profissionais contratados temporariamente estavam engajados em torno da continuidade dos contratos, uma vez que a vigência do mesmo havia se expirado em outubro de 2008. Foi conseguida politicamente uma extensão desta vigência até dezembro do mesmo ano, mas sob pressão de concursados de diversas categorias que esperavam suas nomeações.

Em virtude da não sapiência em torno do desfecho da situação e continuidade de alguns profissionais, uma profissional que estava substituindo a Gerente oficial, em decorrência de férias da titular, resolveu suspender a marcação de consultas nas agendas dos profissionais em contrato temporário. Na mesma ocasião, os acolhimentos passaram a ser agendados e com fixação de um número máximo de acolhimentos por dia.

Esta condição durou o período no qual a Gerente titular estava de férias. No retorno desta, os acolhimentos retomaram a ocorrência diária, respeitando-se o fechamento do serviço às quintas-feiras, em virtude de motivos já expostos. Esses acolhimentos eram feitos por todos os profissionais de curso superior, exceto os médicos (médica clínica e psiquiatra) e a farmacêutica. Esta disposição foi justificada pela Gerência em decorrência do elevado número de consultas marcadas nas agendas desses servidores e a pequena carga horária laboral de cada servidor.

Os acolhimentos obedeciam a uma escala de profissionais que ficavam divididos em turno ao longo da semana, sendo feito individualmente. Cada profissional executava o acolhimento à sua maneira, sendo comum apenas o término do preenchimento da ficha de acolhimento (anexo 2).

Após o acolhimento, os servidores recebiam um cartão no qual eram marcadas avaliações individuais com cada um dos profissionais da equipe, além de receber uma ficha (anexo 3) na qual, às vezes, era feito um Plano Terapêutico (PTe), nem sempre construído

juntamente com o beneficiário do serviço. A feitura do PTe tinha como base um quadro de atividades preestabelecido e coordenados por profissionais da instituição (anexo 4). Quando os beneficiários apresentavam alguma intercorrência, este PTe era aumentado ou diminuído, ações estas nem sempre discutidas e decididas em equipe, embora a regra fosse trazer o assunto para deliberação em reunião.

Outro fator importante é que nem todos os profissionais sabiam o que, de fato, eram trabalhados nas oficinas ou grupos terapêuticos, muitos desses grupos não possuindo um projeto de intervenção e de verificação dos objetivos alcançados.

Em relação à citada situação de parte dos servidores, no dia 26 de novembro de 2008, a Câmara Legislativa do Distrito Federal aprovou a emenda nº 53 que garantia o direito dos contratados se tornarem vinculados ao Governo do Distrito Federal, sem a necessidade de novo concurso público (anexo 5). Esta emenda foi considerada inconstitucional pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, que ajuizou uma ação direta de inconstitucionalidade (ADI 2008.00.2.018840-1) com pedido de liminar, no Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. Esta ação ainda não foi julgada pelo órgão, pelo menos até a feitura deste relatório de pesquisa. A citada situação ainda evidencia uma situação de insegurança quanto ao futuro dos profissionais deste serviço.

Em 03 de dezembro de 2009 *o pesquisador recebeu a autorização do Conselho de Ética em Pesquisas com Seres Humanos*, vinculado à Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) da SES/DF, de acordo com o *exposto no processo nº 337/08*. A partir desta data, a apreensão das informações para esta pesquisa foram efetivamente iniciadas, de acordo com o disposto na sequência.

### 3.3 Objetivos

Como **objetivo geral**, ambicionamos *conhecer como se expressa a demanda espontânea de sujeitos abusadores e dependentes de álcool, no contexto de acolhimento de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas, localizado no Distrito Federal.*

Do descrito fito geral, adicionalmente, apresentamos os seguintes **objetivos específicos** listados a seguir:

I – Investigar sobre o processo decisório de buscar ajuda em um CAPS ad II realizado pelos abusadores e dependentes de álcool, buscando identificar quais os eventos mais marcantes que influenciariam no processo de solicitação de ajuda especializada ou no adiamento deste pedido por ajuda;

II – Conhecer qual é a narrativa principal que conduz ao pedido de ajuda e como esse pedido se organiza em relação ao sintoma manifestado no uso prejudicial de bebidas alcoólicas e ao sofrimento manifestado pelo sujeito;

III – Discutir as narrativas que versam sobre temáticas além da restrita díade sujeito-bebida alcoólica, no intuito de apreender as significações subjacentes ao sintoma da bebida e as expectativas subjacentes no processo pela busca do serviço especializado.



### **3.4 Aproximação do pesquisador ao campo e aos colaboradores da pesquisa**

#### **3.4.1 Trajetória profissional do pesquisador**

Para González Rey (2002/2005), a pesquisa se caracteriza pela representação de um processo contínuo de produção de ideias que se constitui no palco onde ocorre o diálogo do pesquisador com o momento empírico. De acordo com a proposta de pesquisa qualitativa do citado autor, as subjetividades do pesquisador e dos participantes da pesquisa estão implicadas no processo de construção e interpretação da informação.

Deste modo, tem-se que:

As categorias são instrumentos do pensamento que expressam não só um momento do objeto estudado, mas o contexto histórico-cultural em que esse momento surge como significado e, com ele, a história do pesquisador, que é elemento relevante na explicação de sua sensibilidade criativa. (p. 60)

Nestes termos, revela-se pertinente conhecer quem é o pesquisador, uma vez que este se encontra intimamente implicado, juntamente com o colaborador da pesquisa, no processo de construção da informação.

Após minha graduação em Psicologia, paralelo ao trabalho desenvolvido em consultório clínico particular e outro voluntário em uma cooperativa de atendimento psicológico comunitário, tive a oportunidade de trabalhar em um programa instituído pelo Governo Federal, entre 2003 e 2004, denominado Núcleo de Apoio à Família (NAF), como psicólogo. Este programa governamental tinha como objetivo o desenvolvimento de ações de apoio a famílias, em situações de risco social, que impulsionassem o processo de inclusão

social, por meio da disponibilidade de novas aprendizagens e pelo favorecimento do desenvolvimento pessoal, familiar e social.

A citada experiência profissional deu-se no município de Cidade Ocidental, localizado na região do entorno do Distrito Federal. Como parceira de trabalho diário, tive a grata felicidade de ter conhecido uma assistente social<sup>38</sup> aposentada da extinta Fundação Hospitalar do Distrito Federal<sup>39</sup>, que se via em uma missão comunitária. Ela viajava de município em município e construía verdadeiros milagres nas comunidades, tecendo e retecendo redes familiares e comunitárias, onde todos aprendiam a cuidar de todos e exigir, de forma organizada, benfeitorias para seus bairros junto aos gestores municipais competentes.

Testemunhei mulheres dispersas na comunidade se juntando em grupos de mulheres, que mais tarde enxergavam competências entre as participantes, que, por sua vez, eram incentivadas nas trocas de experiências e de saberes. Esses encontros grupais, não raramente, evoluíam para os denominados “Grupos de Mães” que discutiam diversos assuntos como criação de filhos, conjugalidade, exercício do controle social, etc; “Grupos de Homens”, que discutiam questões sobre masculinidade, ser pai, ser marido; grupos mistos, onde questões da comunidade, do bairro eram discutidas. Disso, vi surgirem cooperativas de “amarradinho”, de “pintura em panos de prato”, de “macramê” e tantas outras atividades artesanais, que diminuiriam situações de vulnerabilidade social de muitas pessoas, que além do ganho de uma rede protetiva, conseguiam uma fonte de renda auxiliar.

Com os homens, acompanhei a organização dos mesmos ao ponto de criarem hortas comunitárias e espaços legalizados na feira no centro do município, onde a comunidade vendia seus produtos. Vi profissionais de outras Secretarias, como os da Secretaria Municipal de Agricultura<sup>40</sup>, irem aos encontros comunitários e ensinar sobre o plantio, a manipulação e

---

<sup>38</sup> O nome desse ser humano fantástico é Ana Maria Barbosa.

<sup>39</sup> Hoje denominada Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

<sup>40</sup> Este senhor tinha aprendido muitas coisas sobre plantas medicinais com uma avó que era índia.

uso de ervas medicinais, enriquecimento nutricional a partir de plantas cultivadas no quintal, noções de empreendedorismo, saúde bucal, higiene no cotidiano, etc.

Em síntese, vi que aquela senhora jovial era uma facilitadora de processos de empoderamento da comunidade. Ela fazia na prática o que, muito mais tarde vim a compreender nas leituras de Sluzki, Dabas, Elkaïm e tantos outros. Infelizmente, por questões políticas, o programa foi encerrado e não tive mais notícias daquela fabulosa mestra.

Mais adiante, fui nomeado para um cargo administrativo na SES/DF, onde trabalhei na execução e prestação de contas de convênios públicos. Neste período, tive condições financeiras mais estáveis para iniciar uma especialização, considerando-se que com o advento do término do NAF, tive que interromper uma pós-graduação *lato sensu* iniciada que versava sobre terapia infantil. Considerando-se minhas leituras sobre a Psicologia Analítica, resolvi ingressar em um programa de especialização em Teoria e Prática Junguiana coordenado pela Dra. Profª. Elizabeth Cristina Cotta Mello e pelo Dr. Profº. Maddi Damião Júnior<sup>41</sup> e constituída por uma plêiade de professores de diversas instituições de ensino superior do estado do Rio de Janeiro. Foi um período muito estimulante intelectualmente e fecundo, o que rendeu o convite do professor Maddi, para que o acompanhasse a apresentar um trabalho por mim desenvolvido em uma mesa por ele organizada sobre Epistemologia e Psicopatologia Junguiana, no II Congresso Brasileiro: Pesquisa e Profissão.

Adicionalmente, tanto o citado professor quanto sua esposa incentivaram-me a ingressar no mestrado<sup>42</sup> para aprimorar algumas ideias apresentadas a eles por meio de trabalhos escritos ou em conversas informais. Fiquei entusiasmado com a possibilidade, mas preferi adiar o sonho de fazer um mestrado e poder lecionar para depois. Precisava alcançar uma condição financeira melhor, em virtude de questões de foro íntimo. Passei um considerável período afastado da realidade acadêmica e imerso no mundo dos concursos,

---

<sup>41</sup> Este professor foi estagiário e, depois, trabalhou diretamente com a Dra. Nise da Silveira, que esteve em Zurique com o próprio Jung e foi quem praticamente trouxe o pensamento junguiano para o Brasil.

<sup>42</sup> Faço justiça em mencionar que a primeira pessoa a me incentivar a iniciar um mestrado foi a Dra. Profª. Albertina Mítjans Martines, querida mestra a quem tive como orientadora na monografia de final de curso, hoje conhecido como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

apenas preservando a atividade no consultório particular e meu vínculo como servidor público.

No final de 2006 fui nomeado para um cargo de Psicólogo e tive a chance de escolher onde gostaria de trabalhar na saúde mental. Escolhi um CAPS ad, inicialmente, pela maior proximidade de minha residência, mas hoje percebo que não poderia estar em lugar de maior complexidade e de maior aprendizagem. Se a saúde mental no Distrito Federal ainda é um lugar que necessita de muitos avanços em termos de Políticas Públicas eficientes e eficazes, também enxergo que a questão dos problemas associados ao consumo de álcool e da dependência de drogas ilícitas revelam-se segmentos da saúde mental quase que completamente esquecido pela sociedade e pelos gestores públicos.

Por acreditar que cada um de nós tem uma parcela de contribuição para uma realidade mais digna, relembrei da frase que fundou minha escolha pela Psicologia como caminho a trilhar nesta minha trajetória terrestre. Sua autoria é desconhecida, mas trata-se de um diálogo, onde uma das pessoas pergunta à outra: “O que é a felicidade?”. Após longa reflexão o interpelado responde: “Acredito que a verdadeira felicidade está na certeza de que alguém respirou melhor, pelo simples fato de eu ter participando, mesmo que em breve instante, de sua existência, em um ato de doação, e ter sido presenteado, por esse alguém, com a oportunidade de acessar aquilo de melhor que possuo em mim, que até então, estava adormecido.”

Acredito que os encontros humanos estão implicados em complexidades que desafiam nossa limitada sapiência. Acredito que a vida me convida a dar o meu melhor no meu serviço, da mesma forma que este serviço tem me dado as aprendizagens mais necessárias para meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A busca pelo mestrado se funda em um momento de busca de maior amadurecimento intelectual e profissional para que desse ganho de robustez possa sentir-me

mais útil e apto para contribuir com meu serviço. Também se funda no desejo de poder lecionar, sonho antigo e adiado por motivos que não pude evitar, mas que se revelam mais próximos de concretizar-se nos dias atuais.

Para subsidiar a feitura deste relatório e auxiliar na análise das informações, o pesquisador ingressou, em 2008, no curso de Terapia Familiar e de Casais na abordagem sistêmica, promovida pela parceria existente entre o Instituto de Pesquisa e Intervenção Psicossocial LTDA (INTERPSI) e a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO).

### **3.4.2 Inserção ao campo de pesquisa**

Consideramos que toda pesquisa, em tese, visa a construção de saberes que se convertam em subsídios para construção de ações que venham a alcançar benefícios para a população. A partir disso, optou-se pela escolha de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS ad II ou CAPS ad), situado no Distrito Federal, que se constitui em um serviço especializado no atendimento de abusadores ou dependentes de substâncias psicoativas.

Adicionalmente, considerando-se que neste local o pesquisador encontra-se inserido, em virtude de ser servidor público da instituição de saúde mental *locus* da pesquisa, concluiu-se que desafios relativos à aproximação do campo de pesquisa seriam fatores minimizados. Além disso, percebemos que a inserção prévia do pesquisador no contexto da pesquisa oferece outras vantagens importantes como assim descreveu González-Rey (2002/2005), ao tratar do trabalho de campo na pesquisa psicológica e o processo de construção da informação na pesquisa qualitativa:

O trabalho de campo não deve se associar só à participação do pesquisador no meio estudado. Também a presença do pesquisador na instituição estudada é trabalho de campo, que se realiza onde os sujeitos passam parte importante do seu tempo; por exemplo, o estudo dos pacientes crônicos no hospital. O trabalho de campo favorece o contato interativo do pesquisador-pesquisado em um contexto relevante para o sujeito pesquisado, dentro do qual o pesquisador pode se expandir com naturalidade dentro das relações e eventos que fazem parte da vida cotidiana do sujeito (...) O trabalho de campo é via para estimular a iniciativa e o desenvolvimento intelectual do pesquisador, que é obrigado a elaborar idéias em face do que acontece. (pp. 95-96)

Deste modo, as questões iniciais se direcionaram em escolher, dentro da disposição física do serviço, uma sala que pudesse garantir o isolamento acústico e a tranquilidade necessária para feitura das entrevistas e gravação das mesmas.

Esta tarefa se revelou árdua, considerando-se que as instalações não oferecem vedação acústica adequada, sendo as salas construídas por divisórias, com exceção de uma das salas, normalmente utilizada pela Psicologia, que conseguia vedar melhor o som, embora não totalmente. No entanto, a utilização da mesma como ambiente para a realização da pesquisa sempre esteve subordinada a um acordo prévio com os profissionais que utilizavam a mesma, para que a pesquisa não desvirtuasse onerosamente o funcionamento do serviço.

Adicionalmente, como forma de não prejudicar o serviço, o pesquisador resolveu inserir-se no campo da pesquisa como tal, nos horários de folga do psicólogo. Neste sentido, a minha presença enquanto pesquisador se deu em turnos diferentes daqueles que trabalho como psicólogo.

### **3.4.3 O acesso aos colaboradores da pesquisa**

Em virtude de não existir um cadastro adequado dos pacientes em sistemas informatizados, não pudemos disponibilizar um perfil adequado dos ingressos no serviço em virtude de problemas com o abuso ou dependência de álcool.

Nestes termos, nosso acesso aos participantes da pesquisa deu-se apenas no ato do acolhimento, logo após terem sido recebidos na recepção pelos técnicos de enfermagem que compõe este setor do serviço.

### **3.5 Instrumentos utilizados para apreensão da informação**

Para González Rey (2002/2005), o importante na pesquisa qualitativa não é meramente o que o sujeito diz, mas como diz. Segundo este autor, a expressão do sujeito ante os instrumentos está estreitamente ligada ao que sente no momento de recebê-los, o que dependerá de diversos fatores como o valor dado à pesquisa pelo colaborador, suas necessidades e conflitos, suas relações com o pesquisador e do clima dialógico da pesquisa.

Adicionalmente, o autor destaca que a reação de um colaborador de pesquisa diante de um instrumento é impossível de controlar, pois depende da condição subjetiva da pessoa. Dessa maneira, defende que uma das melhores maneiras de enfrentar essa situação subjaz na utilização de instrumentos de natureza aberta. Ele complementa que a “expressão indireta é facilitada à medida que o sujeito se expressa de forma aberta e complexa, sem as restrições impostas pelos instrumentos que o fecham na cosmovisão do pesquisador” (González Rey, 2002/2005, p. 81).

Neste contexto, optamos pela entrevista semi-estruturada como método de apreensão da informação. Nessa modalidade de entrevista, tem-se a coexistência de um duplo aspecto. Por um lado o pesquisador possui clareza de seus objetivos e das principais

informações que deseja apreender, uma vez que existe uma estrutura a ser seguida. Por outro, ele também encontra um espaço de abertura para que as manifestações individuais dos colaboradores da pesquisa sejam contempladas (Boni & Quaresma, 2005; Tavares, 2000/2003).

Isso implica em uma atitude menos diretiva do pesquisador e mais favorecedora da abertura do diálogo, o que poderá facilitar a emergência de novos aspectos mais significativos sobre o tema estudado. Adicionalmente, enquanto método, pode ser utilizado como único instrumento de pesquisa, principalmente quando tem-se o propósito de compreender os significados e as vivências dos entrevistados no que tange a determinadas situações e eventos (Fraser & Gondim, 2004).

De acordo com Quaresma (2005), as vantagens da utilização do tipo de instrumento em questão apontam para a produção de uma melhor amostragem da população de interesse, considerando-se o maior índice de aceitação das pessoas em falar sobre determinados assuntos, comparado com outros métodos. Além disso, sua aplicação permite a correção de enganos dos informantes além de solucionar dúvidas do pesquisador sobre aspectos relatados durante a pesquisa, assim como permitir uma maior elasticidade quanto à duração, permitindo uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos (Boni & Quaresma, 2005, Szymanski, 2004/2008).

Sobre aos elementos desvantajosos, Boni e Quaresma (2005) destacam as possíveis limitações do entrevistador, a escassez de recursos financeiros, o dispêndio de tempo e a insegurança quanto ao anonimato por parte do participante da pesquisa, que poderá reter informações comprometedoras.

Quanto a formulação das questões, procuramos seguir as orientações das autoras supracitadas, enquanto o cuidado para a não formulação de perguntas arbitrárias, absurdas, deslocadas ou tendenciosas. Também nos baseamos nas considerações de



Szymanski (2004/2008) quanto à construção das questões desencadeadoras que formaram o *roteiro de entrevista semi-estruturada* (anexo 6).

Buscamos compor nossas perguntas utilizando-se das partículas “como”, “qual” e “o que”. Sobre isso, a autora destaca que, de acordo com a experiência acumulada, que questões que indagam o “como” de alguma experiência induzem a uma narrativa, a uma descrição. Já as questões iniciadas por “o que” e “qual”, apesar de induzirem descrições, têm mais chances de não evitar respostas carregadas de “teorias” ou de articulações causalistas elaboradas pelos participantes. Por isto optamos pelo maior número de questões do tipo “como”.

Adicionalmente, para compor o roteiro de entrevista semi-estruturada, para explorar os elementos constitutivos da demanda, nos apoiamos nas sugestões de Neuburger (1984). Para explorar o sintoma, primeiro momento da demanda, ele propõe a seguinte questão: “Quem traz mais problemas à família atualmente?”<sup>43</sup>. Para a exploração do sofrimento destaca o uso da pergunta: “Quem, acredita você, sofre mais nessa situação?”. Por fim, para a alegação ter-se-ia “quem se demonstra o mais preocupado com a situação?”.

### 3.6 Participantes da pesquisa

Vinculados com os pressupostos da EQ<sup>44</sup>, ao invés de sujeitos, denominamos-os como participantes ou colaboradores da pesquisa, atendendo ao *caráter interativo do processo de produção do conhecimento*. Nestes termos, concordamos pesquisador/observador e pesquisado/observado são co-autores no processo de construção do conhecimento (Vasconcellos, 2002/2008, Watzlawick & Krieg, 1991/1995).

---

<sup>43</sup> O autor destaca que evita a formulação: “Qual é o problema?”, para evitar respostas que se direcionem para causas externas e que não pertençam a ninguém. Além disso, o autor justifica o uso do termo “problema” e não “doença”, por considerar que este último tende a ser entendido como sofrimento e não como o sintoma.

<sup>44</sup> Conforme destacado anteriormente EQ representa a sigla para Epistemologia Qualitativa.

Participaram desta pesquisa nove pessoas do sexo masculino, com idade entre trinta e cinquenta e um anos, com histórico recente de abuso ou dependência de bebidas alcoólicas e que buscaram o serviço especializado do CAPS ad II de maneira volitiva. A escolha desses participantes obedeceu aos seguintes critérios: 1) Ter declarado histórico de abuso ou dependência de bebidas alcoólicas nos últimos dois anos; 2) Não ter associado ao problema com o álcool outro tipo de consumo de drogas ilícitas nos últimos 10 anos caracterizado como abusivo ou dependente; 3) Ter buscado o serviço de maneira espontânea e pela primeira vez, mesmo que tenha sido encaminhado por outro serviço de saúde ou pelo serviço psicossocial da instituição laboral, 4) Ter aceitado a participar da pesquisa e ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

Na sequência disponibilizamos um quadro com as principais características dos participantes da pesquisa.

**Quadro 2 – CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA**

NOME	IDADE	PROFISSÃO	IDADE DO PRIMEIRO CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA	TIPO DE BEBIDA ALCOÓLICA CONSUMIDA	PADRÃO DE CONSUMO NO MOMENTO DA ENTREVISTA	OUTRAS DROGAS UTILIZADAS NA VIDA	SITUAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR	PRINCIPAL MANEIRA PELA QUAL ENCAMINHOU-SE AO CAPS AD II
JEOVÁ	33 anos	Vendedor de balas em semáforos	8 anos de idade	Cachaça e cerveja	Quase diário	Merla na adolescência	Vive sozinho em Brasília, revezando entre viver nas ruas e em hotéis onde aluga quartos. Sua família reside no Piauí. Relatou ter sido casado e estar atualmente buscando recursos financeiros para comprar e revender balinhas e doces.	Veio ao serviço por intermédio de um beneficiário do serviço que o acolheu em sua casa e se disponibilizou em trazê-lo ao CAPS ad.
ADÃO	32 anos	Faxineiro terceirizado em uma instituição governamental federal	18 anos	Vinho, cerveja e cachaça	Quase diário	-----	Reside com a esposa na cidade satélite de Ceilândia. Ambos trabalham e não possuem filhos. Este é o segundo casamento dele. Do primeiro tem uma filha de 11 anos que reside com a mãe na Bahia.	Encaminhamento da rede hospitalar depois de ter sofrido alucinações auditivas e visuais no ambiente de trabalho.
TESSEU	42 anos	Taxista e desempregado	Não se recorda	Cerveja, conhaque e cachaça	Quase diário, mas abstinente há quase dois meses	-----	Viveu em união estável por 12 anos com uma mulher. Teve 3 filhas que foram criadas pelo avô paterna. Possui um táxi alugado em São Paulo, vive com a mãe e está desempregado. Possui o nível de escolaridade primário incompleto.	Veio ao CAPS ad II por intermédio de uma irmã que lhe indicou o serviço e por desejar manter-se abstinente.
SÓCRATES	41 anos	Pedreiro de uma construtora	Não se recorda	Cachaça	Abusivamente aos finais de semana	Merla e maconha na adolescência	Mora com a esposa e três filhos, sendo um de 22 anos, outro de 21 anos e o terceiro de 7 anos. Todos trabalham exceto o caçula.	Soube do serviço especializado por intermédio de uma vizinha amiga da esposa dele.

PERICLES	36 anos	Estudante e desempregado	19 anos	Cachaça	Diariamente, mas está abstinente há um ano e três meses	-----	Mora com um irmão que está prestes a retornar ao Pará. Os pais e outros parentes residem no citado estado da federação. Está desempregado, solteiro, é estudante e possui o segundo grau completo.	Veio ao CAPS ad II por indicação de um amigo dos Alcoólicos Anônimos.
AKHENATON	43 anos	rodoviário	12 anos	cachaça	De duas a três vezes por semana de maneira abusiva	Experimentou crack em uma internação aos 42 anos de idade	Possui o segundo grau incompleto. Atualmente mora com os pais, após ter abandonado a ex-esposa e filhos. Questões relacionadas ao consumo de bebida alcoólica ocasionaram a separação. Está licenciado pelo INSS.	Encaminhado pelo HSVP. Aceitou vir com a mãe e uma das irmãs.
SIDARTA	30 anos	motoboy	12 ou 13 anos	Cerveja e cachaça	Quase diariamente	Maconha aos 15 anos e com uso esporádico posteriormente	Mora com a mãe, uma irmã de criação e um irmão e trabalha como motoboy, embora esteja atualmente desempregado. Acumula diversas perdas de emprego devido a bebida. A mãe tem um barzinho e, às vezes, ajuda a mesma neste estabelecimento.	Veio ao CAPS ad encaminhado pelo médico de uma emergência. Desistiu de prosseguir no serviço com receio de prejudicar um emprego recente. Retornou em uma 2ª vez com a mãe, depois de ter sido demitido do último emprego.
MOZART	51 anos	Músico/motorista de caminhão	15 anos	Destilados diversos (vodka, uísque, Campari e cachaça) e fermentados (cerveja e chopp)	Bebia diariamente, embora esteja abstinente há dois meses, quando teve uma recaída após dez meses abstinente.	Maconha, merla, cocaína, inalantes, alucinógenos e opióides utilizados esporadicamente aos 15 anos.	Foi casado e teve um filho com idade de 22 anos atualmente. Separou-se devido a bebedeira. Encontrou-se vinculado à igreja evangélica e como colaborador em um projeto de apoio a abusadores e dependentes de substâncias psicoativas. Reside nesta instituição. Também possui uma rádio comunitária onde divulga novos cantores e músicos.	Soube do CAPS ad por meio de uma mãe de uma pessoa que é ajudada no projeto de recuperação de abusadores e dependentes de substâncias psicoativas.
CÉSAR AUGUSTO	42 anos	Servidor público distrital	20 anos	Cerveja e cachaça	Consumo abusivo chegando a ficar três dias seguidos sem interrupção e sem se alimentar.	-----	É servidor público, casado pela segunda vez, pai de sete filhos nos dois matrimônios. Destaque para conflitos conjugais com a atual companheira e queixas relativas a dívidas assumidas em nome da esposa.	Veio ao CAPS ad encaminhado pelo psicólogo da instituição laboral na qual trabalha.

### 3.7 Procedimentos de construção da informação

Todas as pessoas que chegam neste CAPS ad II são dirigidas para a recepção local no qual recebem as informações solicitadas e onde obtêm os primeiros contatos com o serviço. Nos casos de acolhimento, na recepção é feito um cadastramento em uma ficha conhecida como “Ficha de Acolhimento Caps ad II” (anexo 2), no qual são inseridos os dados relativos à identificação desses sujeitos.

Com dois técnicos de enfermagem, que comumente eram escalados para estarem neste setor do serviço, foi acordada uma parceria para a pesquisa. Como eram eles que preenchiam a parte da identificação, foi solicitado que eles pedissem para os ingressos

recém-chegados assinalassem, caso desejassem, na ficha de acolhimento o tipo de substância psicoativa que resumia o motivo principal de estarem ali.

O procedimento supracitado sempre foi feito em um espaço mais reservado possível no ambiente da recepção para se evitar, ao máximo, constrangimentos ou uma desnecessária exposição dos potenciais participantes da pesquisa. Cabe destacar que com os dois técnicos de enfermagem foram feitos três simulações nos dias em que ocorriam as reuniões administrativas para prepará-los para possíveis intercorrências. Embora estas não tenham ocorrido, sempre mantivemo-nos à disposição dos técnicos de enfermagem para auxiliá-los em qualquer situação que demandassem no período da apreensão das informações.

Os casos que assinalavam apenas a opção álcool eram separados e posteriormente conduzidos à sala na qual eu estava, onde imediatamente se fazia o acolhimento caso não estivesse com outra pessoa. Nos casos em que me encontrava ocupado, eles deixavam esses casos separados por um tempo máximo de 40 minutos. Caso terminado este tempo ainda estivesse em outro acolhimento, foi combinado que eles passassem o acolhimento para outro profissional, para evitar que as pessoas esperassem em demorado na recepção.

Desde a recepção, procuramos estar o mais amistoso e disponível, sempre cumprimentando e tratando a todos com a máxima consideração, independentemente da situação da pesquisa. Nos primeiros momentos, após entrarmos na sala, sempre foi perguntado onde gostariam de se sentar e, como de costume, sempre sentei de frente aos colaboradores e nunca atrás da mesa. Iniciei as conversações perguntando e explorando como estavam se sentindo. Em síntese, procuramos por em prática aquilo que Bonnefoy (2007) chamou de *escuta sensível e multirreferencial* e descrita como:

A escuta sensível apóia-se na empatia. O pesquisador deve saber sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para “compreender do interior” as atitudes e os comportamentos, o sistema de idéias, de valores, de símbolos e de mitos (ou a “existencialidade interna”, na minha linguagem) (...) reconhece a aceitação incondicional do outro. Ela não julga, não mede, não compara. Ela compreende sem, entretanto, aderir às opiniões ou se identificar com o outro, com o que é enunciado ou praticado (...) não é a projeção de nossas angústias ou de nossos desejos (...) se apóia sobre a totalidade complexa da pessoa: os cinco sentidos. (p. 94-98)

Esta postura visou criar um clima de proximidade mais sólido, considerando-se que, como destacaram González Rey (2002/2005), quando alguém se defronta com a pesquisa, encontra-se em uma situação nova e geradora de múltiplos estados emocionais. Estes podem se expressar por uma simples curiosidade ou uma expressiva ansiedade, o que exige a primazia do estabelecimento de uma relação que permita um maior bem estar e motivação para o trabalho.

Após o logro de uma conversação mais relaxada, introduzimos a existência do projeto de pesquisa sendo executado no serviço, explicando-lhes como este estava sendo feito e que visava obter informações que ajudasse o serviço a melhor cumprir com suas funções. Em seguida, eram convidados a participar, sempre sendo frisado que a recusa não traria prejuízos no acolhimento e tampouco ao percurso dos mesmos na proposta de atenção no serviço. Também nos disponibilizamos para responder a todas as questões e dirimir todas as dúvidas prévias à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Apenas posterior à assinatura do TCLE (anexo 7) a gravação se iniciava e a conversação era retomada. Deste momento, procuramos sempre introduzir perguntas aquecedoras de acordo com a situação como se fora difícil chegar no CAPS ad II, se ele já

conhecia a região administrativa onde se localizava o serviço ou outros assuntos mais superficiais. Este procedimento era feito para minimizarmos as possíveis tensões, mesmo que não fossem por nós percebidas.

Não nos eximimos, contudo, de considerar a posição de Britten (2006/2009) que alerta sobre os usuários de um serviço ou os potenciais ingressos do mesmo. Tem-se destacado que esses sujeitos em posição de participantes de uma pesquisa podem tentar responder de acordo com aquilo que acreditam ser a expectativa do pesquisador, que também é profissional do serviço.

Como forma de sugestão para diminuir este tipo de possibilidade, frisamos que os colaboradores da pesquisa tinham a permissão de dizer o que realmente pensavam. Em concordância com o posicionamento de Britten (2006/2009), em nenhum momento eles foram corrigidos em seus posicionamentos, mesmo quando evidenciavam posições contrárias às nossas.

Ao todo, foram feitas 18 (dezoito) entrevistas em um espaço de aproximadamente dois meses (de 03/12/2008 a 30/01/2009). Desse total, apenas 9 (nove) foram aproveitadas, uma vez que não nos atentáramos para os problemas referentes à interferência dos ruídos externos que dificultaram a compreensão das primeiras entrevistas degravadas. A detecção deste problema nos auxiliou a sermos mais rigorosos na escolha da melhor sala para execução da entrevista semi-estruturada.

Em nenhum dos potenciais participantes ocorreu recusa em participar da entrevista, exceto em um dos casos, que autorizou a gravação apenas a partir de em um segundo encontro. Cabe salientar também, que buscamos cumprir rigorosamente a orientação de Szymanski (2004/2008) sobre a importância da entrevista semi-estruturada acontecer em no mínimo em dois encontros. Deste modo, todas as nove entrevistas aconteceram em dois momentos. A adoção deste procedimento nos auxiliou a aprofundar alguns elementos que se

revelaram nos primeiros diálogos, sendo fundamentais para a apreensão de informações importantes.

Na sequência, feita as entrevistas, as mesmas eram degravadas, situação esta que nos ajudou a perceber algumas falhas na execução da pesquisa, conforme fora destacado em relação ao problema dos ruídos. Também proporcionou um diálogo inicial com o empírico promotor de análises enriquecedoras para a construção de indicadores de sentido e emergência das zonas de sentido, como veremos mais adiante.

Salientamos que todas as entrevistas feitas foram degravadas pelo pesquisador, totalizando 323 páginas digitadas cujo conteúdo subsidiou o posterior trabalho de análise das informações. Não desconsideramos que a riqueza do material poderia direcionar diversos tipos de possíveis caminhos interpretativos, mas fizemos opções concernentes àquilo que se evidenciou do encontro dialogado e reiterado entre pesquisador e empírico.

### **3.8 Método de análise das informações**

Como opções metodológicas para a análise das informações apreendidas, elegemos a construção de indicadores de sentido e das zonas de sentido, propostos por González Rey (2002/2005) e em concordância com nosso posicionamento epistemológico assumido.

De acordo com o autor em tela, o indicador refere-se, enquanto conceito, aos elementos que adquirem significação a partir da interpretação do pesquisador ao longo do processo de construção da informação. Ele se constrói sobre a base de informação implícita e indireta, pois não determina nenhuma conclusão do pesquisador em relação ao estudado.

O indicador revela um momento hipotético que pode conduzir ao aparecimento de novos indicadores por meio de novas ideias do pesquisador coadunadas com a construção

dos indicadores anteriores. Aponta para uma construção capaz de produzir significado a partir da relação estabelecida entre o pesquisador e o conjunto de elementos disponíveis no processo de construção da informação. Ele está sempre associado a um momento interpretativo não passível de redução ao simples dado (González Rey, 2002/2005).

Em relação ao nosso percurso empírico, destacamos que nosso percurso no processo de construção da informação produziu diversos indicadores e categorias que foram matrizes para o surgimento de outros subsequentes. Escolhemos não descrevê-los em virtude da impossibilidade de relatar a natureza não linear e, de certa forma, caótica deste processo.

No entanto, destacamos que por meio desse processo sinuoso e adotando a perspectiva sistêmica, aliada aos pressupostos da Entrevista Motivacional e do Modelo Transteórico da Mudança (estas duas últimas adotadas secundariamente) foi possível a construção de Zonas de Sentido.

De acordo com González Rey (2002/2005), a realidade é constitutiva da subjetividade humana. Esta afirmação, em termos de pesquisa, significa dizer que a capacidade do humano subjetivar o real, oferece a possibilidade de conhecimento alcançar novos níveis de complexidade, anteriormente inacessíveis. Na continuidade do diálogo estabelecido entre pesquisador e o empírico, além de possibilitar a construção de indicadores e categorias, pode resultar no acesso a novas zonas de inteligibilidade, denominadas Zonas de Sentido.

Nestes termos, nossa análise se deu em três partes, onde cada Zona de Sentido recebeu denominação sintetizadora de aspectos essenciais de cada uma delas: **1) Pedido pelo rompimento do ciclo de perdas e resgate das coisas perdidas; 2) “Foi uma experiência assim horrível! Que eu não desejo pra ninguém, pois só eu sei o que eu passei”**: crenças e torno da loucura e as estratégias de enfrentamento deste estigma e **3) De escravo a herdeiro: um pedido pela ruptura de padrões destrutivos constituídos e transmitidos**



**transgeracionalmente.** A discussão das mesmas se darão nos capítulos 5, 6 e 7 respectivamente.

Destacamos que todos os nomes dos participantes foram alterados, para preservação das identidades dos mesmos. Escolhemos nomes de personagens da História Universal como forma de destacar a crença de que todos somos filhos e herdeiros não apenas de nossa linhagem familiar. Somos produtos de tudo o que o ser humano experienciou e produziu ao longo de milhares de anos e que chegou até nós por meio da História e da cultura por meio de todas as conhecidas e desconhecidas formas de transmissão desses conhecimentos acumulados.

Salientamos também que em alguns trechos das falas dos participantes da pesquisa, utilizadas para ilustrar aspectos na discussão, *destacamos em negrito como forma de ressaltar partes que nos chamaram atenção especial.* Este recurso visa oferecer um elemento adicional para que o leitor tenha acesso àquilo que na nossa compreensão revelou-se com mais intensidade a partir do diálogo entre pesquisador e empírico.

#### **4 – INFORMAÇÕES APREENDIDAS NOS ESPAÇOS CONVERSACIONAIS**

##### **DIÁLOGO COM JEOVÁ**

Jeová é um homem de 33 anos de idade, originário de Teresina, capital do Piauí. Aos oito anos de idade, na casa de uma irmã, teve seu primeiro contato com uma bebida alcoólica. Lembra-se de ter consumido uma cachaça denominada Velho Barreiro. Aos 10 anos de idade, disse ter fugido de casa para morar nas ruas, período este no qual costumava beber diariamente acompanhado de outras pessoas na praça da cidade, embora tenha relatado histórico de períodos de abstinência entre 5 a 7 meses, mesmo vivendo na mendicância. Destacou que existiam problemas familiares que o conduziram a fugir de casa, fazendo breve referência ao fato do pai costumeiramente bater nele e na mãe deste. Atualmente, vê a mãe como mais próxima do que o pai, principalmente, depois da separação conjugal dos genitores.

Na ocasião em que foi morar nas ruas, foi acompanhado pelo segundo irmão mais velho, vindo posteriormente o mais velho a preferir a vida nas ruas. Na sequência, o mais velho foi para São Paulo onde veio a falecer baleado, enquanto aquele que fugira de casa com J. foi assassinado também à tiros em Teresina. Atualmente, referindo-se aos outros irmãos, citou estarem vivos três homens e quatro mulheres, totalizando oito membros no subsistema fraternal.

Nas ruas, não costumavam andar juntos, mas comumente se juntavam quando se encontravam. Nas ocasiões em que um dos irmãos batia nele, recorria para o retorno à casa dos pais, vindo a retornar novamente para as ruas diante das circunstâncias desfavoráveis na moradia daqueles.

Por volta de 1995, veio para Brasília, alternando sua moradia entre os aluguéis e as ruas de maneira sazonal. No primeiro padrão de moradia costumava permanecer durante

um ano ou um ano e meio, período máximo que conseguia pagar as despesas. Quando isso se revelava financeiramente insustentável, retornava a viver nas ruas.

Por volta de 1996, disse ter feito uso da merla, tornando-se reconhecidamente dependente desta substância psicoativa. Na mesma época, após ter sofrido complicações relativos aos efeitos da droga psicotrópica próximo a uma igreja evangélica, viu-se socorrido por membros da entidade religiosa, sendo conduzido ao Hospital de Base, de onde foi encaminhado para uma comunidade terapêutica na “Granja das Oliveiras”. Neste local, permaneceu por três dias aproximadamente, evadindo-se do local na seqüência e retornando para o Plano Piloto. Contudo, percebendo-se com “a mente perturbada”, resolveu buscar ajuda “na casa de recuperação”, local onde conseguiu recuperar seu equilíbrio.

Depois disso, pensou buscar ajuda para a bebida na comunidade terapêutica onde foi auxiliado. Recordou que um amigo que era usuário o levou para uma reunião na igreja evangélica, onde se costumava auxiliar dependentes químicos. Após alguns dias de estar frequentando as reuniões, perdeu os sentidos e foi socorrido pelos membros da instituição religiosa conforme anteriormente destacado.

Em 1997, sua mãe veio morar com ele e a irmã no entorno, permanecendo neste convívio até 2008, quando foram embora. Responsabiliza-se pela ida da mãe e familiares para o Piauí. Destacou que comumente chegava embriagado em casa e costuma ser muito agressivo, fator este que causava vergonha em seus familiares, de acordo com sua percepção, principalmente porque ninguém bebia e eram todos evangélicos, exceto uma irmã e um irmão homossexual, que consumiam “controladamente” bebidas alcoólicas.

Durante os anos de 2001 a 2005, realçou como sendo o período no qual viveu mais tempo em um barraco comprado pela irmã para ele. Esta irmã costumava residir com ele até o período em que furou um rapaz que costumava agredi-lo no local onde aquele vendia balinhas e jujubas. Soube, por intermédio de outro rapaz, que o rapaz havia morrido e sua

irmã, temendo represálias, exigiu que ambos vendessem o barraco em Água Lindas. Ela, depois disso, foi embora e ele também ficou sem imóvel próprio. Tempos depois, veio a saber que haviam mentido para ele e que o desafeto continuara vivo durante alguns meses depois do ocorrido, vindo a falecer por outras causas. Frisou que se soubesse que se tratara de uma mentira, não precisaria ter vendido o único bem que tinha como de sua propriedade. Este episódio em sua vida caracterizou como uma grande perda, assim como o casamento ao qual fez breve referência e que fora atrapalhado pela bebida, segundo ele.

Em relação à família, como maneiras de ajuda, destacou incentivos para que fizesse algum curso custeado governamentalmente, até que em fevereiro de 2008 foi levado para o Piauí. Neste local, manteve-se abstinente por três meses, vindo a reiniciar um padrão de consumo de bebidas alcoólicas intenso. Após esta ocorrência a família concluiu ser melhor que ele voltasse para Brasília para que continuasse vendendo suas balinhas nos semáforos da cidade. Destacou que a bebedeira teve relação com as “conversas fiadas” dos familiares. Estas consistiam em apontar o fato de todas as pessoas estarem com uma mulher e ele sozinho, conseguindo estar com uma apenas quando pagava bebidas.

Em junho de 2008 regressou para Brasília e instalou-se em um hotel em Luziânia, onde conseguiu pagar três diárias. Antes disso, nas situações de maior dificuldade financeira, conseguiu apoio financeiro de uma diretora da TV Record, que costumava dar-lhe R\$ 50,00 para comprar as balinhas e doces para revender. Todavia, quando chegava ao final de semana, principalmente, consumia bebidas utilizando-se do dinheiro ganho durante a semana laboral, o que exigia retornar a pedir dinheiro. Além dela, um ex-namorado de uma das irmãs dele, apelidado de Papai Noel, exatamente por ser alguém que ajudava ele, também foi apontado como uma referência de apoio financeiro esporádico.

No dia anterior à vinda ao CAPS ad II, disse ter ido pedir dinheiro para a diretora da rede televisiva citada, tendo a recusa dela como resposta. Pretendia comprar

mercadorias para revender e conseguir o dinheiro para pagar as diárias no hotel onde estava. Em seguida, telefonou para o Papai Noel e este o ajudou com R\$ 60,00. Contudo, ao invés de ir para Luziânia comprar as mercadorias, foi consumir bebidas alcoólicas, vindo a gastar todo o dinheiro, embora isto não tenha se caracterizado como fator de interrupção do consumo.

Neste bar, um dos pacientes do CAPS ad II começou a conversar com ele e vendo que o mesmo não teria onde dormir naquela noite, convidou-lhe para pernoitar em sua residência e que no dia seguinte o levaria para a citada unidade de saúde especializada. A princípio, destacou ter ficado com medo de estar conversando com um golpista, mas ficou perplexo com a acolhida e o convite para o dia posterior, destacando que ninguém havia feito aquilo por ele na sua vida. Até aquele dia, os convites que recebera se destinavam apenas ao consumo de álcool. Fez menção a problemas decorrentes da amnésia alcoólica.

## **DIÁLOGO COM ADÃO**

ADÃO é um homem de 32 anos de idade, originário do interior da Bahia, que veio para Brasília depois de ter se separado da primeira esposa com que teve uma filha de 11 anos. Como motivo da separação, citou a recusa dessa esposa em assinar documentos autorizando a venda das terras onde residiam, para que junto com a venda do terreno do pai dele pudessem comprar as terras do falecido avô de ADÃO. Pretendia também criar gado e vender leite. Depois disso, veio viver em Brasília em definitivo, considerando-se que viera à capital federal para tratar uma cardiopatia, período que ficou sem consumir bebidas alcoólicas por quatro anos. Retomou o consumo há três anos, depois dos exames apontarem normalidade de sua situação anterior.

Em Brasília conheceu sua atual esposa, com quem convive há aproximadamente um ano. Durante este tempo, destacou que costumava beber apenas aos

finais de semana. Contudo, percebeu que no ato de beber reiteradamente lembrava-se da roça onde vivera. A saudade do sossego e do tipo de vida neste local costumeiramente o fazia chorar. Destacou as dificuldades de adaptação em torno da periculosidade do local onde residia e a distância acentuada entre sua moradia e o local de trabalho. Não obstante, percebia fazer um uso controlado da bebida, que era consumida com amigos em sua residência.

Há quatro meses da data da entrevista, relatou que passara a consumir destilados diariamente. Concomitantemente, notou que as amnésias alcoólicas se tornaram recorrentes, produzindo situações que resultaram no afastamento dos antigos companheiros de bebida. Comportamentos agressivos passaram a se revelar mais evidentes ao ponto de ter tentado esfaquear um irmão, ter agredido verbalmente os pais, que vieram da Bahia para cuidar dele, e a esposa.

Como evento marcante para o pedido feito à esposa para que procurassem ajuda especializada, pontuou uma ocorrência em seu ambiente de trabalho. Disse ter escutado o aspirador de pó ter solicitado que fosse desligado e visto as mesas correrem quando ele se dirigiu para limpá-las. Depois destes episódios, foram ao Hospital Regional da Asa Norte, local no qual receberam encaminhamento para o CAPS ad. No contexto do acolhimento demonstrou o medo em torno de ações involuntárias contra membros da família e entes queridos, em decorrência das amnésias alcoólicas. Concomitantemente, expressou o desejo de retornar para sua cidade de origem.

## **DIÁLOGO COM TESEU**

TESEU é um homem de 42 anos de idade, taxista, com escolaridade de nível fundamental incompleto e separado pela segunda vez. Aos 17 anos, casou-se na Igreja Brasileira com a primeira esposa, com quem destaca ter vivido “como casado fosse” durante

12 anos. Desta relação teve três filhas. Nesta época, destacou a presença da bebida ao longo do convívio conjugal e o término da relação após a mesma ter abandonado ele e as filhas. A partir desta ocasião, foi viver com a mãe, quem ajudou a criar as netas até a mudança destas para viver com a genitora em outra cidade quando estavam adolescentes. Ficou desempregado e passou a consumir bebidas alcoólicas diariamente, aumentando o padrão de consumo anterior que já se apresentava abusivo.

Em uma viagem a São Paulo, sua mãe o convenceu a acompanhá-la e chegando na casa de um tio, soube que seria levado a São José do Rio Preto onde permaneceria numa clínica de tratamento medicamentoso e psicológico. Ficou sem beber durante três anos, período no qual trabalhou em uma empresa. Em seguida, comprou um táxi e passou a trabalhar como autônomo, período em que reiniciou o consumo de bebidas alcoólicas gradativamente até ao beber descontrolado. Neste período já estava vivendo com sua segunda companheira. Moraram durante cinco anos, mas a embriaguez e as amnésias alcoólicas recorrentes, nas quais a agredia verbalmente, resultaram na segunda separação.

Depois da citada ruptura passou a beber mais intensamente. Aceitou vir novamente para Brasília, depois de a mãe buscá-lo em São Paulo no ano de 2008. Posteriormente, voltou para a capital paulista para resolver pendências com o táxi, como o pagamento de parcelas atrasadas (pagas pela mãe), que atualmente encontra-se alugado e fez um segundo tratamento em São José do Rio Preto.

Hodiernamente, encontra-se residindo com a mãe e desempregado uma vez que o táxi ficara em São Paulo. Por meio de uma irmã em Brasília, soube da existência do CAPS ad II, sendo então incentivado a procurar a unidade especializada citada. Destacou que sua abstinência se deve à medicação prescrita em São Paulo, embora tenha revelado sentir-se vulnerável e crente na possibilidade de lograr ajuda no âmbito do CAPS ad II.

## DIÁLOGO COM SÓCRATES

Sócrates é um homem de 41 anos de idade e originário do Maranhão. Juntou-se com sua companheira aos 17 anos de idade. Reside com a mesma e os três filhos em uma cidade satélite de Brasília. Atualmente, encontra-se empregado como pedreiro em uma construtora, enquanto a esposa trabalha como faxineira em uma agência bancária, além dos dois filhos mais velhos que também possuem atividade laboral remunerada.

Disse ter sido criado pela mãe, não tendo conhecido o pai biológico, de quem só conhecia praticamente o primeiro nome. Destacou ter sofrido violência doméstica do padrasto que também apresentara problemas com a bebida, tendo um dos braços quase decepado. Desde a infância trabalhava para ajudar a mãe. Teve 16 irmãos, que não foram criados juntos e dos quais apenas nove estão atualmente vivos. Não possui vínculos afetivos com estes irmãos. Sobre a mãe, disse que a mesma também não viveu com o pai, sendo lembrada pelo pai apenas na herança que ele deixou em bens, mas que ela nunca fora buscar.

Em decorrência da bebida, relatou diversos episódios de amnésia alcoólica nos quais se revelou violento com a família. Já foi enquadrado na Lei Maria da Penha e atualmente responde processo judicial por tentativa de homicídio.

Soube da existência do CAPS ad por intermédio da vizinha que é amiga da esposa. Em decorrência da extensão dos problemas familiares associados com seu padrão de consumo e os efeitos provenientes deste, resolveu buscar ajuda.



## DIÁLOGO COM PÉRICLES

PÉRICLES é um homem de 36 anos, com nível de escolaridade secundária completa, proveniente de um município do Pará. Começou a beber aos 19 anos de idade, assumindo um padrão de consumo diário posteriormente. Costumava beber em bares e acompanhado de amigos.

Ficou internado em uma comunidade terapêutica no Amazonas por quatro meses, onde deveria ter permanecido por nove meses no mínimo. Retornou ao padrão de consumo de bebidas alcoólicas e na sequência foi convidado por um irmão e residir com ele e esposa em Brasília. Este lhe prometeu oportunidade de estudar em boas escolas e de trabalho. Como contrapartida, exigiu-lhe que lograsse a abstinência. Percebendo a oportunidade de alcançar coisas que não imaginara conseguir no Pará, no município onde vivia, aceitou o convite. Fez menção sobre problemas com o pai, mas sem oferecer maiores detalhes.

Em Brasília recaiu novamente e voltou para o Pará onde foi internado pela segunda vez em outra comunidade terapêutica. Nesta instituição permaneceu por quatro meses e logo retornou para Brasília, onde vem se mantendo abstinente há um ano e três meses, segundo relato pessoal. Na capital federal, conseguiu emprego e terminou o ensino secundário, chegando a prestar vestibular para a UNICAMP e ter passado nas provas iniciais.

Hodiernamente, encontra-se desempregado e o irmão que se separou recentemente da esposa, resolveu voltar para o Pará. Essa situação tem deixado PÉRICLES angustiado, pois teme retomar o padrão de consumo de bebidas alcoólicas em virtude de perceber diversas situações de risco naquela localidade para recaídas. Deseja conseguir qualquer oportunidade de retorno ao mercado de trabalho para que consiga pagar o aluguel da casa onde ainda residem. Desse modo, garantiria sua permanência em Brasília e a continuidade da sobriedade lograda.

Destacou que se percebe vulnerável e listou algumas situações agradáveis e desagradáveis nas quais quase recaiu. Encontra-se vinculado a um grupo de Alcoólicos Anônimos (A.A.). Neste lugar tem conseguido acolhida para fortalecimento de seus propósitos. Também foi nesse ambiente que fora indicado para seu primeiro emprego e recentemente para o CAPS ad II. Desse modo, a continuidade no A.A. e sua vinculação ao CAPS ad II seriam fontes de fortalecimento para conquistar novos projetos de vida e manter aquilo que já conquistara.

### **DIÁLOGO COM AKHENATÓN**

AKHENATÓN é um homem de 43 anos de idade, com nível de escolaridade secundário incompleto. Foi casado e teve três filhos que residem com a ex-esposa. A separação se deu depois que a ex- mulher deu queixa dele na delegacia de polícia. Depois disso, abandonou tudo e todos e cumpre até os dias atuais o juramento que fizera de nunca mais voltar para a casa onde constituíra sua família nuclear. Segundo ele, o conflito conjugal fora ocasionado pelo fato de suas bebedeiras.

Atualmente, reside na casa dos pais. Neste âmbito familiar, destacou as dificuldades de relacionamento com o pai, embora tenha se revelado apreensivo com a situação de hospitalização desse membro familiar.

Na questão laboral, narrou que fora flagrado utilizando bebida alcoólica enquanto dirigia transportes públicos. Depois disso, foi avaliado no Hospital São Vicente de Paula (HSVP) pela psiquiatria, de onde saiu com prescrições de fármacos. Continuou vinculado ao trabalho, mudando apenas o percurso que costumava trafegar como motorista.

Consumindo a medicação associada à bebida narrou quadros de alucinação ocasionando uma colisão entre dois ônibus. Foi encaminhado para a medicina do trabalho

quando se constatou a gravidade do padrão de consumo de bebidas alcoólicas do empregado. Foi afastado por 60 dias e encaminhado ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad II). Contudo, não buscou o serviço nesta ocasião.

Por conselho de colegas, buscou um neurologista em uma clínica particular. Tentou retornar ao trabalho, mas a empresa recusou. Em seguida, depois de reiteradas estadias em emergências de hospitais públicos, foi internado pela mãe em uma comunidade terapêutica. Em sua primeira crise de abstinência foi expulso da citada instituição clínica particular.

Mais adiante, passou a apresentar alucinações visuais e auditivas e, por desconhecer a relação desses sintomas com o seu padrão de bebida, acreditou estar em um processo de enlouquecimento. Essa possibilidade o deixou muito apreensivo e percebeu que precisava de ajuda. Inicialmente, buscou ajuda em um centro de umbanda, uma vez que uma amiga lhe explicara tratar-se de um encosto e que no terreiro seria curado. Como não conseguiu o resultado esperado e tendo piorado seu quadro, resolveu buscar ajuda hospitalar.

Após infrutífera tentativa de internação no HSVP, obtiveram novo encaminhamento para o CAPS ad II. Entretanto, tentou-se uma nova internação em outra comunidade terapêutica, mas que também não logrou êxito. Neste lugar conseguia acesso à bebida e chegou a fazer uso de “pedra” (crack). Por fim, veio ao CAPS ad II com a mãe e uma irmã. Encontra-se licenciado do trabalho pelo INSS e destacou desejo de parar de ver os bichos que costuma enxergar sozinho.

## **DIÁLOGO COM SIDARTA**

SIDARTA é um homem de 30 anos de idade, solteiro, possuidor do ensino fundamental incompleto. Atualmente, trabalha como motoboy, embora esteja desempregado.

Narrou ter dividido o aluguel de uma casa com um colega que era consumidor de merla. Como este passou a roubar coisas dele, resolveu mudar-se para a casa da mãe.

Atualmente reside com esta e, às vezes, costuma ajudá-la no barzinho de propriedade da mesma. Na mesma casa, também residem uma irmã de criação e um irmão. É o filho caçula dos homens. Nunca conheceu o pai e nem teve padrasto.

Faz uso de bebidas alcoólicas desde os 15 anos de idade e chegou a consumir esporadicamente maconha na adolescência. Em decorrência de seu padrão de consumo de bebidas alcoólicas, relatou ter sido prejudicado na realização de projetos como ter estudado ou ter logrado atividades laborais mais compensatórias.

Destacou internações em emergências de hospitais públicos, após quadros alucinatorios testemunhados inclusive pela mãe, situação na qual recebeu encaminhamento para vir ao CAPS ad. Disseram-lhe que neste local poderia parar de beber. Como estava trabalhando há pouco tempo, veio ao serviço, mas não deu continuidade por temer que o tratamento pudesse prejudicá-lo no recente emprego.

No último emprego, novamente foi desligado em decorrência do consumo de bebidas alcoólicas em serviço. Conseguiu fazer um acordo com o patrão que não lhe demitiu por justa causa. Recebeu conselhos deste e resolveu buscar o CAPS ad pela segunda vez.

Ressaltou que sua vinda fora em decorrência da forma com o ex-patrão o aconselhara. Além disso, a forma com era tratado por este ex-chefe também pesara, uma vez que segundo ele, parecia de um pai para com um filho.

## **DIÁLOGO COM MOZART**

MOZART é um homem de 51 anos de idade, com escolaridade de nível secundário completo, natural de São Paulo. Na ficha cadastral do CAPS ad declarou-se como

motorista e solteiro. No decorrer da entrevista da pesquisa, revelou-se ser músico e ter sido casado, mas ter perdido tais condições de vida em decorrência do padrão de consumo de bebidas alcoólicas que mantinha. Sua ex-esposa mudou-se com o filho deles para outro estado da federação e desde dessa data não tem contato com os mesmos.

Após várias passagens em emergências de hospitais gerais devido aos problemas associados ao consumo de álcool, internou-se em uma comunidade terapêutica evangélica. Atualmente, encontra-se trabalhando como motorista de caminhão e exercendo as habilidades de músico em igrejas evangélicas. Também possui um projeto de uma rádio comunitária na qual divulga novos cantores e músicos e outro pela igreja evangélica. Neste, colabora em um trabalho de recuperação de abusadores e dependentes de substâncias psicoativas.

Há dois meses, percebeu-se retomando um padrão de consumo de bebidas alcoólicas de risco e decidiu-se pela completa abstinência. Antes disso, encontrava-se há dez meses sem qualquer tipo de consumo de bebidas etílicas.

Recentemente, soube da existência do CAPS ad II por intermédio da mãe de uma das pessoas auxiliadas no projeto de recuperação. Desse modo, resolveu vir à citada instituição especializada acompanhado por uma colega evangélica. Deseja uma ajuda complementar para si, mas, principalmente, para aqueles que ajuda em um projeto de apoio a alcoolistas e dependentes químicos.

## **DIÁLOGO COM CÉSAR AUGUSTO**

CÉSAR AUGUSTO é um homem de 42 anos de idade, servidor público distrital, casado pela segunda vez. No primeiro matrimônio, teve seis filhos (duas filhas e

quatro filhos), dos quais não soube precisar as respectivas idades cronológicas com exatidão, e no segundo uma menina de três anos e quatro meses.

Em decorrência das ausências no serviço, foi procurado por colegas de trabalho e pelo serviço médico da instituição na qual exerce suas funções laborais. Constatou-se um padrão de consumo de bebidas alcoólicas problemático, situação esta que lhe rendeu encaminhamento para o CAPS ad. Não veio ao serviço por ter reiniciado um padrão de consumo elevado.

Em seguida, indicaram-lhe uma comunidade terapêutica religiosa. Aceitou volitivamente a internação. No entanto, considerando algumas configurações de funcionamento institucional, resolveu fugir e retornou para sua residência. Desse modo, apresentou inúmeras recusas quando o serviço médico tentou encaminhá-lo para outras instituições de internação. Destacou seu receio de ficar em lugares onde poderia ficar, como testemunhara em outros pacientes, dependente da instituição.

Por fim, aceitou vir ao CAPS ad II para iniciar seu tratamento, após saber que não precisaria ficar internado. Destacou intensos problemas conjugais com a atual esposa com quem tem uma filha pequena.

## 5 - PEDIDO PELO ROMPIMENTO DO CICLO DE PERDAS E RESGATE DAS COISAS PERDIDAS

*“Uma perda pode se converter num benefício e um benefício, numa perda” (Adágio taoísta)*

*“Quem se expõe ao perigo procura a sua perda” (Pierre Corneille)*

De acordo com Miller e Rollnick (1991/2001), revela-se comum que as pessoas que busquem os serviços especializados se encontrem na fase de ponderação, conforme destacado no **Capítulo 2**, exigindo-se estratégias específicas para o manejo de pacientes nesta fase. Conforme foi detalhado anteriormente, as intervenções tenderiam a fortalecer o aspecto favorável a mudança.

Nos casos trabalhados neste relatório de pesquisa, percebeu-se que os participantes da pesquisa se encontravam na citada fase. Não obstante, destacou-se que dentro deste estágio, embora todos tenham tratado das perdas em decorrência dos problemas associados ao consumo de álcool, a maneira como esse tema foi apresentado nos fizeram perceber existir uma espécie de subestágios dentro da fase de ponderação. Não pretendemos, com isso, concluir generalizações desses resultados. Afirmamos que a discussão se baseia em uma realidade observada no material empírico desta pesquisa e que o processo interpretativo se restringe aos participantes dessa pesquisa, conforme direcionamento metodológico assumido neste trabalho de pesquisa.

Sobre a exposição das perdas, percebemos que a relação desses participantes com esse tema desdobrava-se em dimensões organizadas em três segmentos: 1) Estar

ponderando as perdas; 2) Busca pelo impedimento da produção de novas perdas e 3)Retomada do que se perdeu e construção de uma nova vida.

Destarte, apresentamos a síntese dessa Zona de Sentido que objetivamos discutir neste capítulo, conforme exposto na sequência:

*O envolvimento abusivo ou dependente de bebidas alcoólicas (BA) produz efeitos que comparecem não apenas no indivíduo consumidor, como também em seu contexto relacional. A intensificação da relação com BA pode fragilizar ou provocar rupturas transitórias ou permanentes em diversos níveis de vinculações anteriormente existentes. Esta Zona de Sentido aponta para um pedido que visa compartilhar as perdas advindas da relação com bebidas alcoólicas; produzir a ruptura do ciclo de perdas, com a finalidade de evitarem-se repetições desse ciclo; restaurar aquilo que se revela resgatável e que fora perdido devido aos problemas associados ao consumo de álcool e construção de novas possibilidades de vida.*

### **5.1 “Eu já perdi tanta coisa nessa vida...”: ponderação das perdas e pedido pela escuta que acolhe**

Neste perfil de busca espontânea pelo serviço percebe-se existir um pedido direcionado a necessidade de mudança da relação com o álcool, embora sem implicações em termos de ações neste sentido. O foco do discurso recai sobre as perdas advindas de uma relação com bebidas alcoólicas delineando-se uma variedade de dimensões afetadas na vida desses seres humanos.



“ Eu já perdi tanta coisa nessa vida. Eu **já perdi casa** (...) **todo meu dinheiro** (...) Ah, já perdi tanta coisa, **já perdi casamento, né., tudo por causa do álcool, destrói o álcool me destrói, cara(...)**” (Jeová)

“ (...) **Perde namorada, perde emprego, perde carro, se tiver carro, perde tudo.** Porque tudo que é... o vício tira tudo. Tira e tira mermo e deixa ele na merda.”  
(SIDARTA)

“Continuei na bebida e continuei **perdendo as coisas, casa, perdi casa** (...) **dinheiro e o carro também, né? Vários projetos, né? De rádio comunitária que eu montei... banda... gravações, né? Que já gravei CD, já... perdi, perdi por causa da bebida... e várias... amizades, também né? Amizades influentes pra mim, no meio né? Na minha área de músico, muita coisa eu perdi por causa da bebida, vários canais importantes pra mim eu perdi por causa da bebida... Então é isso, em resumo, né?”**

(MOZART)

“Assim, **perdi assim, que eu tive que me separar dele, minha ex-esposa ela foi pra, pra o Maranhão, foi morar com os pais dela** (...) E eu levei ele, pra ficar com eles lá. Eu fiquei assim, **então daí eu nunca mais vi ele** (...) **desde criança, né? Que eu não vejo, por causa da bebida, né? E então, isso é uma coisa que me derrubou muito, mais ainda, né? Do que... do que eu já estava, e até hoje eu sinto isso, né? Eu sinto.**” (MOZART, falando da saudade do filho)

Sabe-se que a dependência de álcool não é fenômeno que se estabelece instantaneamente, mas ao longo de um processo longo e gradativo. O usuário mantém uma relação inicial com o álcool que se desenvolve e evolui para a dependência (Laranjeira & Pinsky, 1997).

Na medida em que a relação com a bebida alcoólica vai evoluindo para um quadro de dependência, tem-se a gradativa diminuição ou abandono de importantes atividades sociais, laborais ou recreativas. A relação do consumidor com a substância vai se estreitando ao ponto do álcool representar um foco de atenção único na vida dessas pessoas. Esta condição resulta em prejuízos familiares (relação conjugal, parental e filial), sociais (trabalho, estudo, religiosidade, vínculos comunitários, etc), pessoais (auto-estima, autovalorização, autonomia, etc) e materiais (dinheiro, bens materiais) passam a se constituir como concomitantes do beber problemático (DSM – IV-TR, 2002; Edwards, Marshall & Cook, 2005; Vargas & Zago, 2005).

Na frase de Jeová que fora sublinhada, exemplifica-se a força da dependência do álcool. Resgatando o trecho mencionado tem-se o seguinte: “(...) *destrói o álcool me destrói cara (...)*”. A proximidade entre o usuário e a substância de consumo revela-se com destacada proximidade que indica uma espécie de simbiose. Destruir a substância psicoativa significa a destruição do próprio sujeito.

Como ilustrado pela fala de Jeová, esse tipo de pedido não se constitui enquanto a eliminação da bebida na vida desses sujeitos, uma vez que esta pode possuir funcionalidades vitais na vida dessas pessoas. No entanto, observamos que na busca pelo serviço, este perfil de solicitação pareceu-nos indicar um pedido direcionado a possibilidade do desabafo, de um compartilhar das perdas advindas dos problemas associados ao consumo de álcool. Embora se vislumbre indicativos no sentido de querer-se mudança no padrão de consumo, o pedido central aparenta direcionar-se para outra esfera.

Em uma perspectiva focada exclusivamente na abstinência, onde os profissionais elegem a bebida alcoólica como real protagonista do processo denominado por tratamento, muitas vezes essa dimensão pode ser ignorada. Nestas circunstâncias, a

dimensão humana pode vir a ocupar uma posição secundária e o desejo pela abstinência, muitas vezes do profissional, passa a solapar a possibilidade de uma acolhida ampliada.

Por acolhida ampliada, entendemos a abertura da escuta para elementos que estejam além da tríade sujeito - bebida alcoólica. Entendemos que nem sempre o pedido inicial esteja efetivamente vinculado ao objetivo de parar de beber ou mudar o padrão de consumo. No entanto, o que se apresenta não deve ser negligenciado, devendo os profissionais procurados buscar oferecer escuta e acolhida.

Como advoga um dos princípios das estratégias de redução de danos, deve-se buscar envolver os indivíduos **onde estiverem** e auxiliá-los paulatinamente a lograrem níveis mais elevados de cuidado consigo mesmo, de saúde e bem estar (Marlatt, 1998/1999) que podem se coadunar também com a abstinência. A atenção a esse aspecto se revela importante, pois a insistência em um objetivo terapêutico em particular, a despeito das percepções e anseios de quem procura ajuda, pode comprometer tanto a motivação quanto os resultados (Miller & Rollnick, 1991/2001; Sanchez-Craig & Lei, 1986; Thornton, Gottheil, Gellens & Alterman, 1977).

Neste sentido, buscando perscrutar o pedido, percebemos existir uma solicitação por escuta, talvez perdida ou que nunca fora construída em outros espaços. Escuta esta que o falar das perdas e dos desencontros em virtude dos problemas associados ao consumo de álcool não se revelasse como assunto enfadonho, mas que pudesse se constituir enquanto lugar de acolhida receptiva e inclusiva.

Alguns dos participantes destacaram dificuldades na constituição de uma zona conversacional interativa e efetivamente íntima entre seus pares. Hiatos no diálogo conjugal e ausência de escuta suficientemente disponível, de pessoas que se esforçassem pela busca por compreensão, mesmo que possíveis ruídos estivessem presentes no fluxo da comunicação revelou-se realidade compartilhada.

*“Tem coisa que eu não consigo conversar assim com a minha esposa, que eu fico com vergonha. Aqui a gente tá conversando com um médico, né? Pra resolver os problema de cabeça...” (SÓCRATES)*

*Tinha gente que me chamava de ladrão, até hoje eu tenho problema que trago comigo esses problema entendeu?! Esses problema da voz, toda vez que eu falo as pessoas acham que eu to bêbado, entendeu?! Antigamente eu falava e ninguém entendia nada. (JEOVÁ)*

Esta carência de vínculos e de espaços interacionais íntimos remete para a importância da consideração das redes sociais. O construto ou pressuposto conceitual de *rede social* ou *rede social significativa* se fundamenta no princípio de que os limites das fronteiras dos sistemas significativos dos indivíduos não se restringem à família nuclear ou extensa. Elas englobam todo o conjunto de vínculos interpessoais do sujeito considerando-se a família, amigos, relações de trabalho, de estudo, inserções comunitárias e práticas sociais (Sluzki, 1997/1997), podendo ser capazes de ofertar uma ajuda e um apoio tão reais quanto duradouros a um indivíduo ou uma família (Elkaïm; Blanchet; Bonner; Castel; Desmarais; Guattari *et al*, 1987/1989).

A natureza das redes não se caracteriza por ser estática e concebida como realidade pronta, mas revela-se dinâmica e em processo de construção permanente tanto individual quanto coletivo. Por se tratar de um sistema aberto, permite um intercâmbio dinâmico entre seus integrantes e com integrantes de outros grupos sociais, o que possibilita a potencialização dos recursos que possui, além de servir como importante espaço de construção e desenvolvimento identitário (Dabas, 1993; Pereira & Sudbrack, 2008; Sluzki, 1997/1997).

Não menosprezando os contextos sócio-históricos e macro-sociais (políticos, econômicos, religiosos, ambientais, etc.) que fazem parte do universo relacional de qualquer indivíduo, Sluzki (1997/1997) destaca o que denominou como *rede social pessoal*. Este conceito se constitui enquanto “a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade.” (pp. 41-42). Sua função generalizada se caracterizaria por definir o nicho interpessoal da pessoa e contribuir substancialmente para o reconhecimento de si enquanto indivíduo, além de servir para a definição da própria auto-imagem.

De acordo com o autor supracitado, redes sociais pessoais estáveis, sensíveis, ativas e confiáveis são geradoras de saúde. Isto ocorre porque essas redes podem atuar como agente de ajuda e encaminhamento; podem afetar a pertinência e a rapidez da utilização de serviços, podendo acelerar os processos de cura e sobrevida. Considerando a perspectiva sistêmica, da mesma maneira que a saúde do indivíduo pode ser influenciada pela rede, o contrário também poderia ocorrer. Desse modo, a presença de uma doença, especialmente as de natureza crônica, debilitante ou isolante, produz impacto nas interações entre o indivíduo e a rede social.

O autor advoga que as doenças possuem um efeito interpessoal aversivo, gerando, nos outros, condutas evitativas, fazendo com que a pessoa enferma acabe por se sentir e manter-se isolada. Isto se manifesta no distanciamento interpessoal, como também na inércia ou resistência do enfermo em acionar sua rede social. Este aspecto também seria influenciado pela redução da possibilidade da geração de reciprocidade, o que ampliaria um maior desgaste da rede por oferecer ajuda sem receber alguma gratificação em troca. As evidências de que a melhora constitui-se como realidade pouco provável, produziria sensações de desalento em muitos dos membros da rede envolvidos direta ou indiretamente

com os cuidados, podendo gerar esgotamento nessas pessoas, podendo resultar em desconexão.

Embora não tenhamos encontrado nenhum estudo que evidenciasse a existência da síndrome de *burnout* nos membros da rede pessoal de um alcoolista, hipotetizamos ser esta uma condição possível e relacionada com o esgotamento citado por Sluzki (1997/1997). Em sua origem conceitual a síndrome foi descrita como um processo de deterioração nos cuidados e atenção profissional aos usuários das organizações de serviços de assistência governamentais ou voluntários (Freudenberguer, 1974). Mais adiante, identificaram-se três dimensões sintomatológicas caracterizadas pela: 1) exaustão emocional verificada pela presença de esgotamento emocional e/ou físico; 2) despersonalização observada pela insensibilidade emocional ou endurecimento afetivo e 3) falta de envolvimento no trabalho, identificada pela inadequação pessoal e profissional (Carlotto & Palazzo, 2006; Gil-Monte, 2002; Gil-Monte, Peiró & Valcárcel, 1998; Jodas & Haddad, 2009; Maslach & Jackson, 1981).

Ampliando-se o conceito anterior para uma perspectiva psicológica, Maslach e Jackson (1981) apontaram a síndrome de *burnout* como uma reação à tensão emocional crônica por lidar excessivamente com pessoas. Desta definição, deduzimos a possibilidade de ocorrência desta síndrome em outros contextos, não se restringindo a espaços laborais.

Segundo os autores, o citado construto conceitual se expressaria em três elementos interdependentes. A primeira se caracterizaria pela falta de disposição e entusiasmo que culminaria em uma sensação de esgotamento de recursos ao qual poderia somar-se o sentimento de frustração e tensão, oriundos da percepção da impossibilidade de despender mais energia para o exercício do cuidado. A segunda, denominada por despersonalização, caracterizaria pelo desenvolvimento de uma insensibilidade emocional, frieza e distanciamento no trato relacional. Por fim, a terceira se expressaria pelo sentimento

de fracasso, declínio do sentimento de competência e êxito, tendendo a um isolamento após gradativa incapacidade de interação com as pessoas.

De maneira indireta, a partir da fala dos participantes da pesquisa, percebemos que esses aspectos pareciam estar se desenvolvendo com seus familiares. Pessoas que compunham a rede relacional mais próxima dos participantes evidenciavam um afastamento gradativo e não imperceptível por estes. O sofrimento vivido pelos familiares e um provável esgotamento psíquico e físico decorrente da não concretização das expectativas de melhoria, acabam por provocar um gradativo distanciamento, com possibilidades de desconexão e ruptura conforme foi destacado.

*J.: Meu pai e minha mãe.*

*P.: Você acha que são os seus pais que mais estão sofrendo?*

*P.: Por que você acha isso, que são as pessoas que mais estão sofrendo?*

*J.: Que eles fiquem longe... que minha esposa também tá ficando... (voz gradativamente mais baixa e internalizada)*

*P.: Você chegou a pensar, mesmo enquanto possibilidade, da sua esposa deixar você por causa dessa bebida? Ela já falou isso pra você?*

*J.: Já.*

*P.: É? Como é que foi isso? Você receber isso, né?*

*J.: Foi muito ruim. ( ADÃO)*

A continuidade deste processo, no qual as promessas não cumpridas em torno da mudança do padrão de consumo se tornam reiteradas, não raramente ocasionam repercussões negativas em toda a rede social pessoal do bebedor, em níveis variados de gradação. Isto pode gerar também sentimentos compartilhados de descrença e descrédito direcionado ao indivíduo bebedor crônico.

Nestes termos, ao invés da família ser solidária, ela pode adotar uma atitude reticente em relação ao membro marginalizado em virtude do sentimento de desonra que ele acabou despertando nos seus familiares. O rompimento significa, nesse caso, uma maneira de evitar o descrédito (Paugam, 2006).

*“Eu fui perdendo... perdendo é... é... espaço, né? A credibilidade, perdendo a... perdendo a credibilidade, né? Por causa da bebida, então, o pessoal ‘não, que ele bebe demais, ele bebe demais!’ então eu fui perdendo...” (MOZART)*

*“Eles achavam que eu tava acabando com a minha vida. Acabando com a minha vida (...) Assim, acabando com a minha saúde. ‘Já perdeu emprego, já largou mulher, já tá aí agora e vai acabar perdendo os filho... (silêncio de quatro segundos)... e aí per, perdendo a confiança deles também, né?(silêncio de quatro segundos) Porque lá, não adianta agora eu falar pra eles que eu vou parar de beber, que eu vou conseguir parar de beber, porque eles não acreditam mais. Eles não acredita mais. De tantas e tantas vezes que eu falei que eu vou parar de beber, eu voltei... então, eles não acreditam mais.” (AKHENATÓN)*

Considerando-se o fenômeno da circularidade definido como a disposição de elementos de um sistema serem reciprocamente contingentes e capazes de influenciarem suas condutas entre si de uma maneira complexa (Simon, Stielin & Wynne, 1988/1984), podemos abstrair que o descrédito e a descrença mobilizados pelos bebedores em suas redes sociais pessoais, voltavam a influenciar novamente as atitudes destes cujos efeitos retornarão a influenciar a rede social, em uma contínua recursividade. Neste sentido, percebemos que o afrouxamento das redes sociais



pessoais eram influenciadas pelo beber problemático, da mesma maneira que influenciavam a continuidade do ato de beber.

Não advogamos, contudo, que o sintoma do beber seja o flagelo que faz sofrer a família, sendo esta uma vítima. Adotando-se a perspectiva sistêmica, entendemos o sintoma do “alcooolismo” como um produto constituído e mantido pelo sistema sócio-familiar e que acaba por produzir equilíbrios disfuncionais (Bowen, 1961; Steinglass, 1987/1997; Trindade, 2007).

Como resultante desta complexa mútua influência bidirecional, percebemos que muitos buscavam os ambientes de consumo de bebidas alcoólicas com maior intensidade. Se por um aspecto a intensificação do reuso do álcool implica no logro de um amortecimento dos sentimentos negativos oriundos também da percepção de um esfacelamento das redes de apoio, por outro, entendemos também que esses espaços se constituíam como novas redes.

De acordo com Sluzki (1997/1997), a presença de uma doença pode, além de produzir uma erosão na rede social habitual como, às vezes, também pode gerar novas redes. De maneira análoga, a presença dos problemas associados ao consumo de álcool podem enfraquecer ou ruir redes sociais anteriores, assim como estabelecer novas redes, que podem se revelar salutares ou não. Se por uma ótica, a busca de lugares onde se consuma bebidas alcoólicas possa significar espaços de convivência e de trocas afetivas entre companheiros de bebida, por outro lado, estes espaços podem potencializar outros níveis de dependência, além daquela mantida com o produto de eleição.

A partir da compreensão relacional e da análise das co-dependências, Colle (1996/2001) destaca alguns níveis lógicos de dependência relacional. Para nossos propósitos, aproveitamos o conceito de dependências dos pares. Segundo o

autor, esta dimensão se refere à rede de parceiros envolvidos no intercâmbio de informações, no compartilhamento do uso, nas eventuais ajudas, no convívio da cultura da substância psicoativa de eleição.

Como desdobramento do citado conceito, afirmamos que a constituição de redes substitutivas em nichos onde se tem a cultura do beber, pode significar espaços de pertencimento, nos quais a vinculação com o beber pode se estender para a vinculação dos companheiros de bebida. No entanto, entendemos que essas vinculações se caracterizam enquanto pseudo-vinculações, implicando em pseudo-pertencimentos, uma vez que os laços que os mantêm ligados parecem frouxos.

Se os parceiros de bebida parecem condescendentes com o ato reiterado de beber, parece não se constituírem enquanto rede capaz de oferecer continência para a embriaguez e os problemas decorrentes de um consumo problemático. Esta percepção nos foi evocada a partir de uma das falas que remetia ao abandono inclusive dos pares de consumo, quando a situação ficava mais difícil.

*“Antes, antes eu bebia em casa, quando eu tomava, quando eu tomava socialmente... era, **tinha muito companheiro**... Só que... que... **depois que, depois que o cara tá numa situação... bem decaída, os companheiro vaza fora ... e não fica ninguém!**” (ADÃO)*

Não rejeitamos, portanto, que as redes pessoais substitutivas possam alcançar *status* de espaços transicionais onde se permita a convergência das emoções, a mutualidade de interesses, possibilidade de apoio e suporte mútuo (Sudbrack, 2004). No entanto, pensamos que para isso, os membros dessas novas redes necessitam se perceber enquanto competentes e capazes de tornarem-se agentes de cuidado consigo mesmos e com os pares. Pensamos que a centralidade da bebida enquanto bálsamo para as dificuldades e amarguras

da vida deve ceder espaço para que os sujeitos possam assumir a autoria e o protagonismo de suas próprias vidas.

Para que uma rede significativa positiva se constitua, exige-se o um processo que ocorra paulatinamente, necessitando de constante “manutenção e alimentação para continuarem funcionando” (Cinnanti & Sudbrack, 2004, p. 36). Faz-se necessário que nas interações haja a possibilidade de trocas genuínas, que se revelem significativas, onde haja permissão para falar de si, de seus medos e dificuldades aliado à continência grupal acolhedora e proporcionadora de *feedbacks* capazes de potencializar e reativar as competências.

No entanto, percebemos que os vínculos naquelas redes substitutivas não pareciam disponibilizar essas dimensões. As vinculações se apresentavam sem intensidade, ou seja, sem compromisso ou atração suficiente entre os membros capaz de gerar intimidade (Sluzki, 1997/1997). Deste modo, o estar junto se fundamentaria no ato de beber coletivamente, o que incluiria o bebedor, mas apartaria o sujeito em sua plenitude. Em outros termos, a constituição dessas redes substitutas nos ambientes de consumo de bebidas alcoólicas valorizaria os iguais que possuíssem o hábito de beber, mas não contemplaria o sujeito necessitado de estabelecer laços de intimidade mais solidificados. Não entendemos com isso, que o cultivo de outras possibilidades de troca fosse proibido. Percebemos que essas possibilidades não eram consideradas enquanto modalidades possíveis de vinculação.

*“Quando chamam assim é só pra gandaia, né, é só pra fazer altas coisas, pra curtir, tipo assim...”* (JEOVÁ, destacando que os conhecidos só o chamam para beber e farrear, mas não para outras coisas)

*“... tem uns amigos, mas é muito pouco... quase num vô na casa deles.”*

(ADÃO)

*“ J: Assim, eu assim eu gosto de beber num bar, ouvindo um som, meio escondido, jogando uma sinuquinha, é por ai entendeu?!”*

*L: Quando você joga sinuca você joga com outras pessoas então?*

*J.: É.*

*L.: Ai você bate papo com o pessoal, troca uma ideia...*

*J.: Não, assim converso, converso mas não sou de conversar muito não sou mais de ficar calado assim.” (Jeová)*

Como alternativa de rede substituta concomitante ou não à rede de pares de bebida, percebemos que a busca pelo serviço pareceu constituir-se neste sentido. Como fora destacado, a presença de uma doença pode destituir e/ou constituir redes. De acordo com Sluzki (1997/1997), os serviços sociais e de saúde podem ser buscados como maneira de constituição de novas redes. Destaca que essas redes de serviços podem adquirir uma importância central na vida das pessoas não apenas pela assistência técnica prestada, mas também por sua capacidade de servir de apoio instrumental e emocional substitutivo.

Neste mesmo sentido, Bergeret (1980, citado por Colle, 1996/2001) ao dissertar sobre as instituições especializadas, destaca a possibilidade dos cuidadores ou terapeutas serem “incorporados simbolicamente pelos sujeitos para preencher o vazio que provoca a paragem do consumo das drogas” (p. 41). A idealização do terapeuta e/ou da instituição pode ocorrer, sendo colocados no lugar da substância eleita. Esse autor ressalta que este aspecto fusional, a idealização transferencial pode engendrar ancoradouros para uma relação psicoterapêutica duradoura, embora alerte que esse processo deve ser entendido como uma fase e não como um estado.

Considerando-se o exposto, entendemos que o pedido se revela pela busca de um espaço para compartilhar as perdas, mas, principalmente, um espaço de pertencimento

que remeta a possibilidade de vinculações salutares. Cabe salientar, todavia, que embora este perfil de pedido circule em torno das perdas, revela-se importante motivar esses sujeitos a não permanecerem fixados e inertes apenas nessa narrativa sobre as perdas. A fixação nesta etapa seria negativo, o que poderia gerar uma prolixa descrição em torno das perdas, caracterizando-se um quadro de ponderação crônica (DiClemente, 1991/2001).

## 5.2 Pedido pela interrupção de novas perdas

Em concordância com o que fora delineado sobre a ponderação das perdas, este perfil de pedido apresentou-se em um momento diferente. Embora as narrativas estabelecessem nexos com aquilo que fora perdido, coexistindo, percebemos movimentos no sentido de evitarem-se novas perdas.

As preocupações em torno da *perda da saúde física* foram um dos fatores percebidos, considerando-se que alguns sintomas orgânicos detectados tinham relação com o abuso ou dependência de álcool. Esta relação etiológica era de conhecimento desses participantes e em alguns casos, estas informações foram destacadas enquanto fatores promotores do movimento pela busca de assistência especializada e até interrupção do consumo de bebidas.

*“Eu parei que eu fiquei uns quatro ano parado porque eu tive problema de coração (...)Aí eu parei, de tomá. Fiquei de tomá... aí depois que eu fiz os exames que deu normal, que o coração tinha voltado ao normal, aí eu comecei há três anos... Três anos” (ADÃO)*

*“Agora eu fiz um tratamento aqui... eu fiz uma endoscopia... do estômago. Eu fiz uma ecografia dos rim, do fígado, do baço... Deu tudo normal. Deu tudo...”*

*entendeu? O médico disse... que meu fígado estava um pouco inchado devido minhas bebida pra trás... eu fiquei vinte dias em São Paulo bebendo direto.”*

(TESEU)

*“Bem... esses malefícios no organismo e a pessoa começar a... que eu não sou desse jeito, mas, eu acho assim, a pessoa tem que ver o que está em jogo (...)No meu organismo? Uma cirrose, um derrame, né? Um ataque cardíaco. Essas coisas aí (...) Estes elementos, na hora da balança, pesaram.”* (CÉSAR AUGUSTO)

Sabemos que os problemas orgânicos decorrentes do abuso ou dependência de bebidas alcoólicas respondem por mais de 10% dos problemas totais de saúde no Brasil (Meloni & Laranjeira, 2004). Alterações significativas na mucosa gastrointestinal, no pâncreas e no fígado são comuns nos problemas associados ao consumo de álcool (Seitz & Homann, 2001), além de severos problemas como pancreatite crônica, esteatose hepática, hepatite alcoólica, hemorragia digestiva, cirrose hepática com ou sem hepatite alcoólica, gastrite, esofagite de refluxo e tumores (Laranjeira *et al*, 2000).

No entanto, percebemos que neste movimento direcionado à interrupção de novas perdas, especificamente em torno da saúde física, existem aspectos encobertos. O fato da percepção desses participantes da pesquisa circular em torno da necessidade de se buscar assistência na área de saúde apenas quando se tem algum tipo de disfunção de ordem orgânica, nos impactou. Das reflexões em torno desta constatação, acabamos por desembocar nossos pensamentos em torno dos paradigmas sustentadores dos conceitos de saúde e doença e suas implicações.

Sobre este tema Witter (2008) tece considerações interessantes em torno do estado da arte das compreensões sobre saúde e doença no campo da Saúde, especificamente

na Psicologia da Saúde. De acordo com a pesquisadora, as definições se agrupam em torno de dois paradigmas basilares. Existem as concepções que se fundamentam na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que estabelece a saúde como um estado de **completo**<sup>45</sup> bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença. Paralelamente, existem outras que se concentram em torno da ideia na qual a ausência de doença significa presença de saúde.

No conceito da OMS, percebe-se a contemplação de aspectos psicológicos, sociais, ambientais e ecológicos, possuindo grau de relevância equiparado aos aspectos biológicos como determinantes da aferição de uma condição de saúde. Em contrapartida, o outro paradigma caracteriza-se por ser não inclusivo, uma vez que para ele “não ter doença é ter saúde, **ainda que a pessoa não se considere saudável, seja infeliz, não desfrute de inclusão social**<sup>46</sup> etc.” (Witter, 2008, p. 578).

Esta perspectiva engendra no imaginário social um modelo de doença enquanto realidade exclusivamente orgânica, desconsiderando-se o sofrimento psíquico e outras formas de expressão do sofrer como o sofrimento social oriundos de processos de desafiliação social (Carreteiro, 1999/2006). Nestes termos, esta autora destaca que na impossibilidade do sofrimento não orgânico encontrar um lugar institucional dentro da esfera de proteção social, o sofrimento social (acrescentaríamos também o sofrimento psíquico) se converte em doença. Esta mutação visaria o alcance de visibilidade perante as instituições que ignoram formas de mal-estar não etiquetadas como doenças<sup>47</sup>.

*“Não, eu não achava que era um problema pra mim. Pra mim não era problema.*

*Eu já estava acostumado. Só que quando começou a dar as tremedeiras...”*

---

<sup>45</sup> Não concordamos, contudo, com esta conceituação, uma vez que um **completo** estado de bem estar revela-se exagerado e humanamente impossível. Nos baseamos apenas na reflexão em torno do conceito de saúde e de doença promovido por Witter (2008).

<sup>46</sup> Destacado pelo autor

<sup>47</sup> Entendemos que estas doenças se traduziriam no corpo como forma de logro de maior visibilidade.

(AKHENATÓN falando da tristeza da recaída e do descontentamento e isolamento dos familiares vistos como algo não problemático)

Neste perfil de participantes salientou-se também um aspecto importante referente às redes sociais pessoais. Se em alguns participantes percebemos um deflagrar das perdas e rupturas, nestas falas destacou-se a existência de algumas redes importantes, ainda capazes do exercício de funções protetivas como oferecer sentimento de pertencimento, incentivo ao autocuidado e busca de serviços de ajuda especializada.

De acordo com Sluzki (1997/1997), as redes possuem funções que auxiliam seus membros no desenvolvimento de hábitos de cuidado e capacidade de adaptação em uma crise. Estas funções se distribuiriam em seis tipos: 1) companhia social; 2) apoio emocional; 3) guia cognitivo e conselhos; 4) regulação social; 5) ajuda material e de serviços e 6) acesso a novos contatos.

A função de *companhia social* se refere às relações cotidianas de se estar junto ou na realização de uma atividade em comum. As interações são freqüentes, mas não necessariamente implicariam em intimidade. Segundo o autor, este funcionamento de rede seria comum entre vizinhos ou membros familiares menos próximos. No exemplo abaixo entendemos ilustrar esse tipo de função da rede, considerando-se que existe uma significativa frequência de interações, mas com pouca intimidade. Esta percepção foi ressaltada quando Sidarta demonstrou certa incerteza sobre o apoio de alguns familiares, em especial a irmã.

*“Eu acho que todo mundo lá dá força, até a minha irmã que xaropa comigo, que fica falando de mim... ela fica feliz quando eu fico sem beber. Ela me trata melhor. Quando eu tô sem beber, eu, eu tenho mais moral. Eu já percebi isso. Quando eu bebo, neguinho fica jogando piadinha pra mim.”*



(SIDARTA, falando das pessoas que acredita torcerem pela melhora dele em relação ao beber crônico, dando ênfase à irmã que mora próximo)

A função de *apoio emocional* estaria relacionada aos intercâmbios capazes de oferecer compreensão, apoio, simpatia, empatia, acolhimento e ressonância emocional e boa vontade do outro. Sua expressão se revelaria comum nas amizades íntimas e nas relações familiares mais próximas.

Nos dois trechos da narrativa de Adão, encontramos aspectos neste sentido. Conforme exposto na sequência, tendo maior ênfase na esposa que, ao longo do diálogo realizado com o pesquisador, reiteradamente foi destacada, na relação, como alguém com quem mantinha expressiva cumplicidade.

*“Igual a gente tava lá no HRAN, porque eu pedir pra ir... E eles foram todos lá me visitar...”* (ADÃO, falando da esposa e dos pais que foram visitá-lo e apoiá-lo quando estava hospitalizado)

*“É que nós conveve junto, né? Mora junto, fala à noite... E ela gosta muito de mim. Ela gosta muito de mim, é preocupada, lá no serviço dela, onde ela tiver, se eu tiver aqui e ligar pra dizendo: ‘Tô passando mal!’, ela vem que rapidinho ela tá aqui.”* (ADÃO, falando do apoio incondicional da esposa)

Adicionalmente, a função de *guia cognitivo ou de conselhos* definir-se-ia pelas interações destinadas a compartilhar informações pessoais ou sociais, oferecer esclarecimento de expectativas e proporcionar modelos de papéis. Enquanto a função de *regulação ou controle social* direcionar-se-ia para a lembrança e reafirmação das responsabilidades e papéis

coletivamente compartilhados, evitando-se os desvios de comportamento que se afastam das condutas esperadas pelo coletivo.

No exemplo abaixo, Teseu fala de sua irmã enquanto pessoa que o orientou a procurar o serviço. Entendemos tratar-se da existência de alguém da rede existente que lhe presta a função de guia cognitivo ou de conselhos (orientação). Adicionalmente, Akhenatón destacou sua irmã enquanto alguém que sempre lhe oferece conselhos, que se preocupa com seu estado de saúde e predispõem-se a ajudá-lo em questões relativas ao problema com as bebidas alcoólicas.

*“É. Minha irmã que **me orientou** a vir aqui... na igreja que ela frequênta, que... tem uma pessoa que trabalha aqui, que eu não sei o nome... E ela pediu pra eu vir aqui hoje.” (TESEU)*

*“Toda vez ela pergunta por mim: ‘E aí, o Akhenatón. tá bom? O Akhenatón parou de beber?’ Todo lugar que eu fui pra internar, quem me levava, quem me leva é ela (...) A So. É ela que me leva sempre. **Sempre me dá conselho também:** ‘Akhenatón., para de beber’ e tal...” (AKHENATÓN, falando da presença de uma das irmãs em sua vida)*

No segundo exemplo, ao narrar sobre a mãe, consideramos existir um duplo aspecto. Ao mesmo tempo em que essa mãe serve como *guia cognitivo*, também age em torno da função de *regulação ou controle social*. Segundo Teseu, sua mãe foi a primeira a aconselhá-lo e incentivá-lo a seguir a indicação do CAPS ad II feita pela irmã dele. Também é esta mãe a pessoa que lhe fiscaliza para saber se está bebendo ou não.

“Ah... ela... **ela sempre fala**, né? Pra... inclusive, quando recebeu a notícia que era pra eu vir pra cá, ela foi a primeira a falar: ‘**Vai lá, vai ver como é que é! Vai conversar pra ver o que...**’, entendeu? Então **ela sempre... de olho...** às vezes, eu chego tarde, ela... **ela vai ver se eu tô bebendo**, porque quando eu bebo, ela só **de olhar, ela já conhece.**” (TESEU, destacando as características de sua mãe de conselheira e de fiscalizadora de sua abstinência)

A função de *ajuda material ou de serviços* se inscreveria no tipo de colaboração específica na qual os conhecimentos de especialistas ou ajuda física, incluindo os serviços de saúde estariam presentes. Embora Sluzki (1997/1997) não afirme isso, entendemos que nesta função poderiam ser incluídas as pessoas que facilitam o acesso a este tipo de função material e de serviços.

No trecho escolhido para ilustrar a afirmação anterior, destacamos a existência de um parente próximo que sempre se predispõe a levar o irmão e a cunhada para os serviços de saúde ou outros serviços governamentais sempre que solicitado.

Entendemos que este irmão funciona como um agente facilitador para o acesso às instituições que possam exercer a função de ajuda material ou de serviços. Por isso, o consideremos como elemento da rede que fornece subsídios para que a função em discussão seja ativada e usufruída pelos membros familiares em questão que necessitem deste tipo de apoio.

“ (...) A gente pediu porque meu irmão... tinham acabado de roubar o carro dele, né? Tá... Tá com uns oito dias que roubaram o carro do meu irmão. Porque era **ele que, quando precisa, ‘vamo ali?’**, ‘vamo, vamo, claro que vamo!’”. (ADÃO, explicando o porquê fora levado ao hospital por uma ambulância)

Por fim, a função de *acesso a novos contatos* se definiria pela abertura para novas conexões com pessoas e redes que não faziam parte da rede social original do indivíduo. No exemplo abaixo, tem-se o acesso ao CAPS ad II por intermédio de uma irmã do participante da pesquisa que conhecia uma pessoa que trabalha no citado serviço e que havia comentando sobre o serviço.

*“Eu vim porque me indicaram. Minha irmã me indicou, né? Tem uma amiga aqui... Me indicou pra mim vir pra cá pra mim... ter um acompanhamento. Que disse que tem umas reuniões, tem umas palestras, tem... então eu queria participar...” (TESEU)*

Nestes termos, o pedido em direção da ruptura do ciclo de perdas e evitação de novas perdas pareceu-nos visarem a **manutenção dessas redes de apoio** que estavam sendo atrapalhadas, de alguma maneira pelos problemas associados ao consumo de álcool. A busca pelo CAPS ad II direcionou-se não em uma busca de uma rede substituta como visto no indicador anterior.

Percebemos que a busca pelo serviço especializado apontava para uma espécie de função mediadora no processo de interrupção do ciclo de perdas, uma vez que a relação com o padrão do beber era percebido por eles como um padrão de risco para futuras rupturas em diversificados níveis de intensidade. Deste modo, a função solicitada ao CAPS ad visava a ativação da *função material e de serviços* no sentido de impedir que outras perdas acontecessem.

*“Foi esses e... a... perda, sabe? Pô, eu tenho um emprego, eu tenho pessoas que eu zelo, então, eu tenho que valorizar isso.” (CÉSAR AUGUSTO)*

*“Tava. Tava complicado, né? Eu tava vendo a hora de eu perder esposa, deu... se tornar... eu fazer com que, do jeito que eu tava, eu podia fazer qualquer besteira! Já pensou eu tomar umas e sair na rua e tomar uma ali, qualquer bebida, chegar em casa e eu pegar uma faca, matar minha esposa ou meu irmão que vai lá?”*  
(ADÃO)

Em alguns casos, este pedido em direção ao barramento de novas perdas, não se demonstrou explícito, sendo indiretamente apresentado em torno da preocupação em torno do sofrimento de um dos membros da família em virtude da condição alcoólica do participante da pesquisa. Nestes termos, a demanda não se demonstrou sempre possuir uma autoria única, uma vez que percebemos que o pedido de alguns participantes se apresentava condicionado a um terceiro.

O posicionamento de Neuburger (1984) em afirmar que em toxicômanos não se teria um genuíno sujeito da própria demanda, verificou-se ter aplicabilidade também aos casos observados onde as bebidas alcoólicas se destacaram enquanto o produto consumido de maneira disfuncional. O pedido se apresentou em nome de um terceiro, normalmente alguém do sistema familiar mais próximo, destacando-se o sofrimento desses percebido pelos participantes da pesquisa.

No exemplo abaixo, um dos participantes destaca a percepção do sofrimento dos pais e da esposa em relação ao consumo exagerado e reiterado de bebidas alcoólicas feito por ele. Ele revela perceber um maior distanciamento dos pais, sendo acompanhado pela esposa. Também afirma ter visto o pai e a mãe chorando, o que lhe fez concluir que os genitores estavam sofrendo. Esta dimensão foi pontuada como fator influenciador para buscar auxílio especializado.

*“(...) sofrendo nessa situação? Meu pai e minha mãe. Que eles fiquem longe... que minha esposa também tá ficando... (voz gradativamente mais baixa e internalizada) Por causa da minha bebida que tava demais. Via sofr... tava sofrendo demais. Meu pai chorava, minha mãe chorava...”* (ADÃO, falando do sofrimento dos pais e da esposa em virtude de sua bebedeira)

Em outro exemplo, Teseu ilustra o sofrimento da mãe e das filhas como um dos elementos que contribuíram para que viesse buscar ajuda especializada.

*“É que minha mãe... ela sempre sofreu com a minha bebida, né? Porque nestes quatro anos que eu bebia diariamente, eu morava com ela. Né? Então minha, mãe, minhas filhas sofreram muito comigo. Porque viram o pai bebendo todo dia, viram o pai desempregado, não tinha... né? Porque saía sem dinheiro e voltava bêbado, né? Então as meninas sofreram muito, também.”* (TESEU)

Em outro exemplo, percebemos aspectos multicausais envolvidos no pedido de ajuda devido ao sofrimento de um terceiro. No trecho da narrativa de Akhenatón abaixo, destacou-se o medo de perder o direito de ver os filhos e o pedido dos mesmos para que o pai evitasse que isso acontecesse judicialmente caso continuasse a beber. Em outro momento, o mesmo participante da pesquisa disse estar no serviço em decorrência do sofrimento de sua mãe.

*“Foi mais por causa dos menino, né? Porque a mulher disse, a mulher e o... o juiz lá do Fórum falou assim, se, se fosse pra mim... pros menino vim me visitar, e eu tando alcoolizado, aí ele, ele ia cortar, não ia deixar mais, eles me visitar, né? Aí*

*foi isso que também eu falei, eu pensei mais neles... 'Pô, pai, para, pai! Toda vez que a gente vem aqui cê tá bêbado, assim! Se a mãe souber, ela vai falar pro, vai falar pro juiz lá. Assim, o senhor vai acabar sendo preso, heim!'. Aí eu peguei e resolvi vim, mas, mesmo assim... de vez em quando dava umas recaída, assim... quando recái é ruim demais!"* (AKHENATÓN)

*"Já tinha ido no São Vicente de Paula, por causa desse negócio de bebida. Já tinha me levado no Hospital da Ceilândia, no Hospital da Samambaia, eu fiquei internado também, aí eu peguei: 'Ah, eu vou ficar, vou ficar aqui, só por causa da minha mãe, porque ela passou por muita coisa por causa desse negócio da bebida.'" (AKHENATÓN)*

Esta duplicidade nos convida a considerar a multiplicidade de motivadores envolvidos no processo de busca por ajuda em um serviço especializado. No entanto, quando buscamos uma leitura transversal desses exemplos nos quais o sofrimento de alguém comparecia enquanto evento marcante no sentido de equacionar-se uma busca pelo serviço especializado, percebemos um aspecto em comum.

Concluimos que esses participantes da pesquisa percebiam o sofrimento dos membros familiares. Atrelado a este sofrimento, acreditamos que esses mesmos participantes, mesmo que sutilmente, reconheciam um desgaste das relações e da densidade dos vínculos. Exemplo disto foi citado anteriormente no caso de Adão que disse ter percebido o afastamento dos familiares antes mais próximos.

Estas percepções reconhecedoras do sofrer da família produzem o medo de perder essa família, que paulatinamente vai expressando sinais de esgotamento e desistência. Como fora destacado por Sluzki (1997/1997) as doenças crônicas possuem um efeito

interpessoal aversivo, que podem ocasionar condutas evitativas de alguns ou resultar em afastamentos gradativos até o completo isolamento, fazendo com que a pessoa enferma acabe por se sentir e manter-se isolada.

Como discutimos anteriormente, a redução da possibilidade da geração de reciprocidade pode gerar maior desgaste da rede por oferecer ajuda sem receber alguma gratificação em troca. As evidências de que a melhora constitui-se como realidade pouco provável, produz sensações de desalento em muitos dos membros da rede envolvidos direta ou indiretamente com os cuidados, podendo gerar esgotamento nessas pessoas, podendo resultar em desconexão.

Os trechos abaixo nos pareceram ilustrar com intensidade e exemplaridade nossa percepção. O medo do que o sofrimento de alguns membros familiares pode ocasionar, produz o *medo de perder a família* e as funções existentes nesta enquanto elemento da rede. Isto se dá principalmente quando essa possibilidade de ruptura é verbalizada pela família ou por algum membro desta que tem importância para aquele que se apresenta como o bebedor problema.

*“(...) depois de eu beber, a mulher falou que ia ir embora, aí eu: ‘Não, rapaz! Vai embora não, pelo o amor de Deus! Não vai não porque... Foi! Ela e meus filhos ficaram revoltado comigo dentro de casa (...) Vixi Maria! Cê ta doido! A única coisa que eu tenho nessa vida é a minha família, pô (...) Eu me mato, véi. (silêncio de quatro segundos e lágrimas) Sem a minha família... minha vida não faz sentido, não...”* (SÓCRATES, falando da esposa e dos filhos que depois de sua última recaída disseram que iam embora)



*“Senti, eu senti que ela falou a verdade mermo. Quer dizer, a verdade não. Porque das outras vezes ela não foi, porque eu pedi, entendeu? Voltou a conversar e tal. Só que desta vez, eu senti que ela... ela: ‘Não, não adianta, não! Nossos dois filho já tá home, eles cuidam deles. São de maior, fazem o que quer. Vou pegar meu filho e sumi no meio do Goiás e te largar aí. Não vou viver essa vida mais não. Você promete que vai parar de beber, mas você não para. Você promete que vai parar, mas vem e fica me xingando dentro de casa, você nunca para... você é só ignorância, só violência, só nervosismo. Tá doido! E você sabe que precisa de recursos. Por que você não procura? Você não vai numa igreja, você não vai num... posto de saúde, você não vai numa instituição, você não vai num A.A.”*

(SÓCRATES, descrevendo a fala da esposa ao dizer que iria embora)

### **5.3 “Eu sou um morto que quer ressuscitar”: resgate de coisas perdidas e realização de um novo projeto de vida**

Neste tipo de pedido, destacou-se uma maior definição da pretensão ao buscar o serviço. Percebemos existir uma demanda propriamente dita onde se reconhecia um sintoma, que estava produzindo sofrimento e que conduzia os sujeitos a buscarem apoio especializado para cuidarem de si. Havia uma percepção das perdas advindas dos problemas associados ao consumo de álcool e o desejo em torno da interrupção do ciclo das mesmas, mas, principalmente, atrelado ao pedido havia o desejo de concretização de projetos de vida, aspecto de certa forma inédito nos indicadores anteriores.

A questão com a bebida era reconhecida como um impeditivo na conquista das pretendidas realizações pessoais que se estendiam tanto no intuito de constituição ou reconstruções de nichos familiares, quanto para o reingresso no mercado de trabalho ou resgate da credibilidade com a família. Como marca central deste pedido percebemos um

prelúdio ao efetivo movimento em direção a mudança, embora a ambivalência também se revelasse presente.

Se nas narrativas em torno das perdas nossas reflexões nos conduziram à compreensão de um primeiro pedido direcionado à necessidade de compartilhar e outro na direção da interrupção da ocorrência de novas perdas, apenas neste tipo de pedido enxergamos o interesse em reconsiderar a relação com a bebida para conquista dos projetos paralisados. O interesse não se dirigia ao simples interesse da abstinência, mas se associava com a retirada de um elemento que os impedia de conquistar a efetivação de seus projetos pessoais.

*“Eu não consigo, então eu vou procurar um lugar que me ajude a parar de beber, porque o que tá estragando a minha vida é essa bebida aí. E ela tá me prejudicando muito. Hoje em dia eu podia tá casado, se não fosse por causa de bebida (...) Por isso eu quero parar de beber, pra ter uma família, pô. Eu olho meus amigo tudinho, mais novo de que eu, já tem filho, já tem mulher e tudo.”*  
(SIDARTA)

*“Minha esposa, não. Minha ex, não. Até porque a gente não era casado, não. Mas, é como se fosse. É... mas retomar ela, não. Convívio com ela não, isso daí é passado já. Mas, retomar sim, uma nova família, sim. Isso com certeza... com certeza, **em breve**.”* (MOZART)

*“É... que eu consiga tudo isso que eu falei. Ter a minha família... ter... é... meu trabalho... hummm... eu acredito que... esse meu sofrimento agora, né?! Essa minha an... angústia, essa minha ansiedade, essa minha ainda não independência, porque eu ainda dependo do meu irmão. Eu já tou nessa idade e já era pra eu tá trabalhando. **Tá independente. É isso.**”* (PÉRICLES)

Para DiClemente (1991/2001), as expressões em torno de um maior compromisso com a ação, mesmo que esta não tenha se materializado de fato, descreve pessoas pertencentes à fase denominada *determinação* ou *preparação*. Nesta fase existe a decisão de direcionar-se para movimentos que impliquem na eliminação de um comportamento-problema, avaliação e construção de estratégias para enfrentamento dos fatores de risco para recaídas, mesmo que a ambivalência não esteja completamente resolvida.

No entanto, este autor destaca que a apresentação de uma inflexibilidade a respeito de uma mudança pode ser um sinal de determinação fraca para a mudança. Ele explica que as pessoas que afirmam insistentemente que estão comprometidas com o abandono do comportamento problemático, em essência ainda não possuem uma real convicção. As afirmações reiteradas visariam o convencimento de si mesmas e do(s) profissional(ais) desta mudança. Considerando-se que os participantes desta pesquisa não chegaram a iniciar algum tipo de avaliação sobre os desafios e risco em torno da recaída, preferimos considerá-los em uma dimensão transitória em torno da fase de ponderação e a de determinação.

Esta consideração nos leva a pensar que este indicador mantém uma relação de continuidade em relação aos indicadores anteriores. Na introdução da Zona de Sentido em discussão, propomos que o *foco nas perdas*, a busca pela *interrupção do ciclo de perdas* e este despontar de um ciclo de *resgates* e direcionamentos para *realizações pessoais* mantinham uma disposição seqüencial dentro da fase de ponderação.

Recapitulando o que fora discutido nesta Zona de Sentido, percebemos que em um primeiro momento, os problemas associados ao consumo de álcool podem gerar uma seqüência de rupturas e perdas, as quais conduziam os sujeitos a uma condição severa de

deterioração de suas redes sociais. Dessa situação, a busca por novas redes pareceu-nos como uma postura saudável, mesmo que a constituição dessas novas redes pudesse gerar prejuízos.

Atribuímos a esta compreensão, complementarmente, o fato dos problemas associados ao consumo de álcool ser um dos fatores de risco para suicídio (Meneghel, Victora, Faria, Carvalho & Falk, 2004; Chachamovich, Stefanello, Botega, Turecki, 2009) que do ponto de vista psicológico entendemos como a atuação de uma situação que deveria morrer no simbólico (Macedo & Werlang, 2007). Da impossibilidade de algum pertencimento, tem-se a dramatização no real dessa sensação de desfiliação (perda dos vínculos familiares) e desafiliação (perda dos vínculos sociais) elevada ao extremo (Pereira, 2009). Esta dimensão foi lembrada em uma das falas de um dos participantes da pesquisa.

*“Também, eu acho que ela me dá o maior apoio. A ajuda da família, influi muito, sabe? Porque tem muita gente que é fraco da mente e se suicida, assim. Fica naquela depressão, não sei o que. O cara não tem pai, não tem mulher, não tem filho, não tem mãe, não tem irmão, ninguém tá, nem aí pra ele. Aí, o cara fica aí sozinho, aí o cara vai e é por isso que muita gente vira mendigo, cara, vai morar na rua.”* (CÉSAR AUGUSTO, falando da importância de se ter uma família e o apoio da mesma)

Entendemos que a ponderação das perdas visaria um mapeamento de uma trajetória de vida que necessita ser alterada. De maneira concomitante ela conduz a movimentos de constituição de novas redes e pertencimentos como fatores de proteção contra o isolamento e, inclusive, para preservação da vida.

Após a ponderação das perdas, a mobilização em torno da interrupção do ciclo de perdas, visaria manter os vínculos ainda existentes e evitar um grau extremo de rupturas, que em sua escalada ascendente poderia resultar na interrupção da vida. Ao mesmo tempo, aliada com a dimensão anterior, proporcionaria a mobilização em torno da possibilidade de ações de mudança e de resgate de coisas perdidas ou não realizadas.

Considerando-se que a carreira alcoolista pode minar as redes significativas ao ponto das reiteradas perdas delinear a morte enquanto possibilidade resolutive, pensamos que na medida em que o sentido contrário é ativado, os sujeitos se distanciam da possibilidade de morte real e se aproximam gradativamente da vida e da manutenção desta. Esta condição também se percebe na dimensão subjetiva. Entendendo que o termo adicção pode ser estendido para os alcoolistas. Afirmamos que o sentido etimológico do mesmo se aplicaria à condição alcoolista.

Tem-se que na língua vernácula o termo se refere à inclinação ou apego de alguém por alguma coisa. Da sua origem latina, a palavra se revelaria derivada do particípio passado do verbo *addico* significando adjudicar ou designar cujo particípio é *addictum* (adjudicado ou designado). Nos tempos da República Romana, tem-se que as destacadas palavras possuíam particularidades interessantes. O termo *addictum*, utilizado como adjetivo designava o homem que, para pagar uma dívida, se convertia em escravo por não dispor de outras maneiras de assumir o compromisso contraído (Kalina & Kovadloff, 1980/1983).

Refletindo sobre esse tema, Colle (1996/2001) associa à descrita condição de escravidão “parcialmente consciente e voluntária” (p. 101) ao fato do adicto ser o portador de um codicilo – na linguagem jurídica, uma disposição de última vontade que se junta a um testamento para o modificar – que condena à morte o adicto sem este sabê-lo. Considerando-se o aprisionamento gradativo no qual os níveis de dependência vão minando outras vertentes

da vida do alcoolista, podemos falar sobre uma morte em vida, onde se tem uma subordinação do sujeito ao produto em um dado contexto.

Neste indicador, pensamos existir um movimento que almeja conquistar outra posição, além da escravidão e da morte característica desta condição de não sujeito da própria vida. Como destacado por um dos participantes, o pedido principal deste indicador visa ressuscitar o morto que deseja voltar pertencer à vida e tornar-se, *mutatis mutandis*, senhor de sua própria história.

*“Eu já passei uns tempo aí com raiva. Tô com uma depressão danada, já gastei dinheiro, tô devendo e, entendeu? Tô querendo, tô querendo, vamo supor, eu falei pra ele: **Eu sou um morto que quer ressuscitar.**”* (SIDARTA, comentando uma conversa que teve com um amigo)

Nestes termos, a Zona de Sentido discutida nos apontou para o quanto as dimensões em torno das perdas e suas capilarizações influenciaram o processo de busca pelo serviço. Percebemos, contudo, que outras variáveis despontaram enquanto elementos dificultadores e adiadores do pedido de ajuda conforme veremos na sequência, na próxima Zona de Sentido.

**6 - “FOI UMA EXPERIÊNCIA ASSIM HORRÍVEL! QUE EU NÃO DESEJO PRA NINGUÉM, POIS SÓ EU SEI O QUE EU PASSEI”: CRENÇAS EM TORNO DA LOUCURA E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DESTE ESTIGMA**

O processo em torno da mudança de comportamentos relativos ao abuso ou dependência de álcool não raramente se constitui enquanto desafio envolto por diversos fatores. Estes, muitas vezes se rivalizam entre si, produzindo influências que ora fortalecem o processo em direção à mudança, ora direcionam para a manutenção do comportamento que se ponderara mudar (Miller & Rollnick, 1991/2001).

Em nossas experiências conversacionais com os participantes desta pesquisa, constatamos a existência de situações que se caracterizaram enquanto obstáculos em direção a busca pelo serviço, embora existissem motivos que mobilizavam a necessidade de ajuda. Nestes termos, nossa pretensão visa promover a discussão destes aspectos na presente Zona de Sentido sintetizada na sequência.

*Este tipo de pedido por ajuda comparece em torno de uma dimensão ambivalente e paradoxal. Existem crenças em relação a alguns sintomas vivenciados que produzem motivações em direção à assistência especializada. Ao mesmo tempo, alguns sintomas são compreendidos como possível enlouquecimento. Por um lado, existe o medo de convivência com pessoas loucas no local de tratamento, de serem transformados em loucos ou tratados como tais. Por outro, evidencia-se o receio de estarem realmente loucos, ideia esta que pode ser alimentada dentro do próprio sistema sócio-familiar. O receio desta constatação implica no enfraquecimento da possibilidade de buscar-se ajuda especializada, onde o diagnóstico poderia confirmar esta condição, o que gera conflito entre adiar ou*

*buscar apoio nos CAPS ad. Nesta ambivalência, tem-se nas explicações e na busca religiosa, uma das estratégias de enfrentamento do estigma da loucura.*

### **6.1 “É, meu filho, tu tá doido mermo. Não tem ninguém aqui não.”: medo de ficar louco em virtude dos sintomas de origem desconhecida e as estratégias de enfrentamento adotadas contra este sintoma**

De acordo com o Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais, versão revisada IV (2002) o conceito de abstinência de substância caracteriza-se axialmente pelo desenvolvimento de uma alteração comportamental mal-adaptativa e específica à substância de eleição. Existe a presença de alterações fisiológicas e cognitivas, devido à cessação ou redução do uso pesado e prolongado de uma substância.

No caso do álcool, a síndrome de abstinência caracteriza-se por um conjunto de sintomas variáveis em intensidade. Os principais são hiperatividade autonômica (sudorese ou pulso acima de 100); ataxias nos membros superiores; insônia; náusea e vômitos; agitação psicomotora; ansiedade; convulsões e alucinações ou ilusões visuais, auditivas ou sinestésicas transitórias. Estas duas últimas associadas com febre resultando no quadro conhecido como *delirium tremens* e que sinaliza um maior agravamento do caso (Formigoni & Monteiro, 1987/1997; Formigoni, Galduróz & De Micheli, 2008).

A experiência alucinatória ou ilusória, independente da natureza de expressão (visual, auditiva ou sinestésica) não raramente provoca perplexidade e desconforto naqueles que a vivenciam. A falta de controle sobre os fenômenos e a impossibilidade de precisar a durabilidade dos mesmos amplia o sofrimento e a confusão sobre aquilo que está acontecendo consigo mesmo, quando se desconhece os motivos de sua causa.



Em algumas narrativas trazidas pelos participantes desta pesquisa, percebemos não existir conhecimento dos sintomas alucinatorios enquanto causados por questões relacionadas ao abuso ou dependência de bebidas alcoólicas, realidade esta também comum entre profissionais de saúde (Barros, Galperim & Grüber, 1987/1997).

*“Começou uma abelha a me rodar. Uma abelha (...) E vai rodando, rodando, rodando e eu tentando matar e nada de conseguir. Aí ela pegou de lado, assim. Aí ferrou, ferrou de um lado, assim. Aí comecei... **em pouco tempo eu comecei a sair arame do corpo.** Tipo arame (...) **Pois é, pra sair isso, só pode ser coisa da cabeça da gente.** Saía, saía arame do meu corpo. Baixava o dedo assim, saía aqueles, tipo arame, tipo... aquele... cobre, não tem aqueles fiozinhos amarelo? (...) Então, saía tipo daquele, só que era pequenininho. Saía tipo, pingando no chão, assim. Pingando no chão, assim... **quando eu ia urinar, aí saía um monte assim.** (ADÃO)*

*“Eu comecei a ver muita coisa na minha frente, ouvia vozes... eu me perdia dentro do meu quarto. Um quarto assim, com um bocado de porta... eu olhava pra um quadro assim mais ou menos, eu via as cores se mexerem... se tivesse um boneco eu via o boneco se mexer também (...) Foi uma... foi uma experiência assim horrível! **Que eu não desejo pra ninguém, pois só eu sei o que eu passei nessa semana.** Lá no escritório lá em casa eu tenho uma... **um crucifixo, uma cruz grande assim na parede, né? Eu olhava assim e via que ele sacudia a cabeça pra cá assim, dizendo que era pra mim tirar o prego da mão dele, tirar o prego dos pés.**” (TESEU)*

A natureza singular da experiência, uma vez que comumente apenas aquele que está em um quadro alterado da percepção vê, escuta ou apreende sinestesticamente o que se apresenta em sua tela perceptual, pode isolar o indivíduo. O aparecimento de um transtorno mental põe em movimento um complexo processo social que produz implicações para o doente, para seus familiares e pessoas mais próximas. Além dos encargos sociais e econômicos com o tratamento, tem-se a desconfiança depositada na pessoa que convive com o transtorno, o estigma, o desprezo e o desrespeito dos que o cercam (Brito & Catrib, 2004; Pereira & Júnior, 2003).

O conjunto de sintomas que permeiam o consumo de álcool, como nas doenças crônicas em geral, produz desorganizações e necessidade de modificação de rotinas que podem gerar sentimentos de incapacidade de relacionar-se com o enfermo e seu problema de saúde, podendo resultar em sentimentos de culpa, raiva ou negação da condição disfuncional de saúde (Cabral & Chaves, 2005). Como consequência dessa situação, a imagem que as pessoas fazem do doente mental pode ser afetada. Este passa a ter sua imagem associada a do louco furioso, sujo, coitado e perigoso que deve ser internado em locais fechados (Brito & Catrib, 2004; Reinaldo & Saeki, 2004).

Diante destas possibilidades, existe a presença de **estratégias de enfrentamento** dos sintomas de origem desconhecida. **A primeira** delas se direciona em direção às tentativas de compartilhamento daquilo que se percebe, como se tentassem conseguir testemunhas confirmadoras da realidade das manifestações presenciadas pelo sujeito. A impossibilidade dessa confirmação do outro gera um estado de preocupação sobre aquilo que está ocorrendo consigo mesmo, podendo ocasionar distanciamentos.

Quando tratamos o tema das redes, focamos que as redes significativas de um indivíduo se caracterizam por um conjunto de relações humanas que possuem, para ele, uma importância significativa e duradoura (Cinnanti & Sudbrack, 2004). Cabe salientar que, para

um indivíduo esteja vinculado a uma rede, necessita-se que haja alguma reciprocidade, que os membros possuam pontos de identificação mútua e que apontem para a percepção coletiva de terem coisas em comum.

Entendemos que as pessoas se aproximam por identificações que apontem para traços de semelhança. Não obstante, aqueles que são reconhecidos como muito diferentes ou destoantes dos demais membros de uma rede, acabam por ser barrados no processo de inserção em um dado grupo. De maneira análoga, os membros que pertencem a um grupo e passam a apresentar comportamentos não condizentes com as expectativas do grupo, podem ser gradativamente afastados até que sejam completamente expulsos ou esquecidos pelos demais, principalmente quando diagnosticados como doentes mentais (Severo & Dimenstein, 2009).

A condição humana possui como uma das suas marcas o misoneísmo, e qualquer um que produza condições que exijam do resto do grupo uma grande reformulação do *modus operandis* grupal, tendem a serem forçados a uma desafiliação progressiva ou imediata, caso se mantenham destoantes do resto dos membros. O indivíduo que passa a ouvir, ver ou sentir coisas que não podem ser compartilhadas coletivamente, torna-se o agente de estranhamento e desconforto para os demais. A ignorância em torno da relação entre os sintomas psiquiátricos descritos e o padrão de consumo de bebidas alcoólicas acaba por amplificar esta sensação de estranheza e desconforto nos indivíduos e membros da família.

*“Não sei. Era esquisito. Eu via, eu chegava assim e parecia que tinha teia de aranha assim em mim. Eu pegava assim em mim, eu via bicho assim perto de mim, parecia que tava grudado assim em mim. Eu via peixe morto... peixe morto (...) Na parede, eu olhava assim, eu via o reflexo de alguém, de alguma coisa, e algum bicho mexendo, tinha uma coisa assim, parecia que ficava curiando, parece que tava se mexendo. É coisa esquisita, aí que... Eu que, que falava pra ela mexer! Eu*

*que mandava ela mexer (...) Eu fa-fa-fa-falava pra ela se mexer, aí mostrava: ‘Olha lá, olha lá, olha lá!!!’ mostrava, mas ninguém via nada e eu... aí depois eles começava a falar esse negócio pra mim, que eu tava conversando sozinho. Que eu tava vendo coisa... aí eu fiquei meio assim, né? Aí vi que o trem tava ruim mermo. Aí eu fiquei mais assim, preocupado, porque veio meu filho falar comigo, pra parar com esse negócio, que eu tava ruim demais.” (AKHENATÓN)*

*“Eu pensando, minha imaginação querendo, querendo entrar na imaginação dela, entendeu? Sabendo da imaginação dela. Uma coisa, assim meia esquisita (...) Você chega a perguntar tipo: ‘Mãe, você pensou isso?’ Pra ver se confere. Não, ela dizia que não. Aí eu dizia: ‘Aí, tou ficando doido mermo.’ Aí eu virava as costas e saía.” (SIDARTA)*

Diante da possibilidade do início de um processo de enlouquecimento, explicações alternativas são buscadas como **novas estratégias** para lidar com os sintomas estranhos. Esta tentativa pareceu-nos representar uma busca pelo direito de continuar pertencendo ao mundo real, das pessoas ditas “normais”, uma vez que a loucura caracteriza-se pela ruptura com a realidade compartilhada pela maioria.

Ela implica em um progressivo despertencimento, pois, como foi exposto, os membros de uma rede significativa tendem a se escolher mutuamente por identificações. Aceitar sem ressalvas um louco dentro do grupo seria o mesmo que reconhecer neste estrangeiro algo de si, identificar-se com ele e reconhecê-lo como um igual. A percepção desse mim no outro louco e algo dele no meu eu pode gerar inquietações, angústias e possíveis repugnâncias.

Considerando-se a natureza de mecanismos de defesa do *ego* como a projeção<sup>48</sup>, este outro pode passar a personificar aquilo que deve ser evitado e afastado, o humano que se transfigurou em um ser estranho. Sobre o esteriótipo da loucura, esses sujeitos são compelidos a incorporar uma identidade imposta cuja natureza e histórico produzem elementos de exclusão. Derivado deste processo, o sujeito assume a adjetivação de louco e de todo os atributos e categorias adjuntos a este termo. Dessa maneira, a identidade anteriormente existente é eclipsada pelo estigma da loucura.

Sobre este tema, Goffman (1963/1988) destaca que as sociedades estabelecem os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. Quando um estranho é apresentado, os primeiros aspectos permitem prever a sua categoria e seus atributos – identidade social – como origem, ocupação e áreas de interesse, por exemplo. Esses fatores desencadeiam, de forma sutil, a produção de diversas afirmações sobre aquilo que o outro deveria ser ou agir.

No entanto, quando surge algo que não se adequa às expectativas constituídas, demonstra que a imputação feita não passava de uma identidade social virtual, baseada em parâmetros equivocados e, por isso, caracterizada por uma construção virtualizada daquilo que a pessoa realmente é. Caso esse erro seja percebido, existe a possibilidade do mesmo ser readequado de acordo com os atributos que de fato o indivíduo possui, constituindo-se daí, aquilo que Goffman (1963/1988) chamou de identidade social real.

Adicionalmente, o autor supracitado afirma sobre a possibilidade de existirem situações nas quais um único atributo é tomado como o todo, sendo a totalidade da pessoa reduzida a uma parte específica. Ele destaca que enquanto um estranho está em nossa frente,

---

<sup>48</sup> “No sentido propriamente psicanalítico, operação na qual o sujeito expulsa de si e localiza no outro – pessoa ou coisa – qualidades, sentimentos, desejos e mesmo ‘objetos’ que ele desconhece ou recusa nele. Trata-se aqui de uma defesa de origem muito arcaica” (Laplanche e Pontalis, 1987/2004, p. 374).

podem surgir evidências de que aquele indivíduo possui um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável. Este atributo carrega em si uma profunda referência depreciativa, que pode reduzir a totalidade de um ser humano ou coletividade a seres estragados ou menos humanos do que outros. A esta rotulagem, Goffman (1963/1988) denominou *estigma*, ressaltando que sua presença legitima a desumanização daquele que é diferente, autorizando-se assim, diversos tipos de discriminação.

Considerando-se a condição de alguém que apresenta sintomas alucinatórios de etiologia desconhecida, a semelhança desses eventos com os quadros de alguns transtornos psiquiátricos psicóticos pode provocar atribuições redutoras da totalidade do sujeito. Em outros termos, ele é reduzido ao rótulo, ao sintoma que apresenta. De uma maneira imposta, a identidade dele é diminuída ao estigma até que o mesmo passe a acreditar que sua identidade corresponde à etiqueta à qual foi enquadrado.

A crença em torno da veracidade daquilo que o estigma impõe, resulta na constituição de uma identidade deteriorada e de menos valia. Ela pode servir como receptáculo das projeções daquilo que existe de repugnante e vergonhoso em cada um de nós. A dificuldade de nós humanos nos enxergarmos verdadeiramente naquilo que possuímos de pior em nossa natureza, nos impele à necessidade de depositar em algo fora, aquilo que não podemos ou queremos reconhecer como nosso. Esta condição, ao nosso entender, aprisiona e paralisa o estigmatizado.

Em concordância ao que desenvolvemos em torno do estigma, Ciampa (1984/2004) promove contribuições interessantes em torno do tema. O autor parte de uma noção de identidade como conceito de natureza não estática, mas em movimento. Ele destaca que todos nós somos unos na multiplicidade e na mudança e, portanto, a identidade não se

reduziria a uma representação da pessoa, semelhante a um centro estático, mas concebida como um processo de metamorfose constante.

Nestes termos, a identidade se definiria como uma referência em torno da qual a pessoa se constrói e reconstrói-se, sendo que a maneira de se re/construir que é que permite que a pessoa se localize em seu mundo com certa segurança (Campos & Ferreira, 2007; Ciampa, 1990). No entanto, este processo é mediado pelo contexto no qual se desenrola, o que implica afirmar que se legitima e confirma-se a partir de um reconhecimento compartilhado. Um indivíduo apenas poderá mudar uma visão a respeito de si, apenas se este processo vir acompanhado pela mudança de visão do grupo social no qual está inserido (Campos & Ferreira, 2007).

Quando o processo de metamorfoseamento típico da identidade concebida por Ciampa (1984/2004) é solapado, ocorre o que o autor denominou como a *manutenção de uma mesmice e o impedimento da emancipação* do sujeito. De sujeito da própria história e de contínuo construtor de sua identidade, o sujeito passaria a se cristalizar em torno de uma parcialidade de si mesmo. Como no estigma de Goffman (1963/1988), a *manutenção da mesmice* resultaria em uma paralisação daquilo que o sujeito pode se tornar.

Como maneira de evitar que a cristalização de uma explicação dos sintomas por meio do estereótipo da loucura, detectamos uma *nova estratégia de lidar com os sintomas inexplicados*. A busca por explicações e curas espirituais em instituições religiosas, destacou-se como maneira de lidar com os sintomas recorrentes, afastando-se a necessidade de coaduná-los com a loucura. A possibilidade da responsabilização de terceiros elementos, principalmente sobrenaturais, entendemos como maneira de assumir uma dimensão explicativa menos estigmatizante.

*“(...) tem uma colega minha que trabalha no posto de saúde lá da Ceilândia, aí ela mexe... ela é lá do Maranhão, aí ela mexe com esses negócio de espírita, né? Aí ela me levou pra lá. Ela falou: “S., o negócio é o seguinte, você tá com um encosto...”, não sei o quê e tal, “vamo lá que você vai ser curado, vai se curar disso.” (...) Aí, foi quando a J. falou pra mim: “Vamo lá S., vamo lá que eu te levo lá.”. Aí eu peguei e fui. Aí eu fui com ela. É até em dia de sexta-feira à noite, os negócio lá, que começa.” (AKHENATÓN)*

*“Hoje, eu me sinto assim, é... é... eu me sinto amparado pela... pela... igreja, né? Eu me sinto... eu sinto uma segurança, estando na igreja, né? E eu necessito dessa segurança de tá na igreja, tocando na igreja que... que... é... que... eu... essa segurança em Deus, né? Que Deus... que Deus... **Ele liberta**, né? liberta a gente da, da... liberta o homem do... dos vícios. Então a gente se apega muito a Deus, né? . Você vê vultos, coisas assim, que você não sabe explicar o que é. E.... é... mas, isso, pela, pela, é, religião, que são espíritos, né? **Espíritos que os vis, é um espírito maligno, né? isso é real, é real, espíritos malignos reais mesmo.**” (PÉRICLES)*

Embora os trabalhos empíricos não sejam inequívocos, diversos estudos têm demonstrado consistentemente que vários aspectos do envolvimento religioso estão relacionados com resultados desejáveis de saúde mental e física (Dalgarrondo, 2007; Ellison, 1998; Guimarães & Avezum, 2007; Paiva, 2007; Rabelo, 1993).

Em alguns casos a religião se caracteriza como um fator de proteção para futuras recaídas (Blum, Halcon, Beuhring, Pate, Campbell-Forrester & Venema, 2001; Dalgarrondo, Soldera, Correa Filho & Silva, 2004; Day, Wilkes & Copello, 2003; Hodge, Cardenas & Montoya, 2001; Miller, Davies & Greenwald, 2000; Sanchez & Nappo, 2007).



Ela também pode ofertar espaço de pertencimento saudável, caracterizado pela sensação de amparo típica nessas situações, possibilitando a construção de novas redes sociais de amizade e de apoio mútuo, onde as pessoas se sentem valorizadas (Dermatis, Salke, Galanter & Bunt, 2001).

A existência do suporte, da pressão positiva, o acolhimento fraterno recebido no grupo e a oferta de reestruturação da vida com o apoio incondicional dos líderes religiosos foram apontados como promotores de mudanças significativas no padrão de consumo de drogas psicotrópicas (Sanchez & Nappo, 2008).

Nessas condições, acolhidos por uma irmandade que oferece apoio, escuta e incentivo, a possibilidade de abandono e isolamento é minimizado. Adicionalmente, a responsabilização dos problemas decorrentes com o álcool é deslocada para os espíritos malignos, que podem ser combatidos por meio da vinculação religiosa (Blum *et al*, 2001) e fiel exercício dos preceitos litúrgicos (Hodge *et al*, 2001). Além disso, a possibilidade de dividir a responsabilidade do “tratamento” com Deus ameniza o peso da luta solitária e garante um importante Aliado na proteção e no combate contra os “espíritos do mal” ou o “diabo” (Sanchez & Nappo, 2008, p. 269).

Em sua fundação, a religião possui a função de fornecer explicações sobre o homem e o seu estar no mundo (Gussi, 2008). Nestes termos, o *locus* religioso se revela capaz de fornecer significações novas sobre si e sobre o lugar que se ocupa na vida, oportunizando a constituição de novos sentidos para as dificuldades existenciais e relacionais típicas da jornada humana neste planeta (Ávila, 2003/2007; Jung, 1971/1999). Em momentos de crise existencial e comportamental, no qual a droga não gera mais prazer, mas angústia ao perceber-se que os referenciais de vida foram perdidos, a religião pode servir como um redefinidor de sentido e tradutor de significado no momento de crise (Sanchez & Nappo, 2008).

Para aqueles que apresentam problemas relacionados ao abuso ou dependência de bebidas alcoólicas, detectamos que a dimensão religiosa foi capaz de promover bálsamos. Entendemos que ela se constitui enquanto alternativa para lidar com os sintomas de etiologia desconhecida, mas cuja natureza aponta para um quadro de enlouquecimento.

Como exemplo do anterior exposto, destacamos o caso de um participante da pesquisa que fora ajudado na igreja a lidar com os problemas associados ao consumo de álcool e que atualmente vem desenvolvendo um projeto no qual auxilia outros bebedores. Sua busca pelo serviço também se revelou estar relacionada à possibilidade de criar parcerias capazes de ajudar outras pessoas. Neste trabalho voluntário e de ajuda ao próximo, encontrou um sentido para a própria vida coadunada com uma ética da solidariedade que não o exclui também de continuar sendo ajudado.

*“M: Então... aí nós colocamos em prática né? A casa aí... a associação e... eu tô ajudando a mim e a, e a, e as outras pessoas, né? E então, por isso nós viemos aqui, né. Pra recebermos uma ajuda de vocês, né? E trazer o pessoal lá pra receber essa ajuda e eu também. E eu tô nessa (...) a expectativa foi assim, no sentido de... de... de... (...) o que nós vamos conseguir lá no CAPS pra ajudar a casa aqui, a associação, né?”*

*L.: E assim, parece que esse projeto é bem importante assim pra você também, né? O que ele representa pra você?*

*M.: É... porque... porque... porque além de eu tá ajudando a mim mesmo, de tá sendo ajudado, e as pessoas tarem me ajudando também, eu to ajudando outras pessoas... né? Também, e... lá, eu também dou aula de música... e aconselho, também, as pessoas... que, às vezes, as pessoas chegam completamente debilitadas, sem, sem... como diz, sem aquela esperança, ‘v... vou, vou agarrar em quem? Vou agarrar em quem pra mim sair dessa situação?’ Aí você sempre tem uma palavra, né? Que além de servir pra mim, serve pra pessoa, né?”*

No entanto, o contexto da religião pode possuir preceitos que podem gerar prejuízos para aqueles que buscam ajuda para lidar com os eventos associados ao consumo de álcool. Em um estudo sobre a intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas, Sanchez e Nappo (2008) destacaram que no “tratamento’ religioso evangélico” (p. 270) não existe crença nos tratamentos convencionais, mas em Deus que é o único que salva quando se tem fé nele. A responsabilidade da resolução de seus problemas é entregue a Deus, por ser ele capaz de possibilitar a libertação.

Dessa maneira, alguém que esteja fazendo um tratamento convencional associado à intervenção religiosa de natureza evangélica, pode ser impossibilitado de dar continuidade no primeiro. A suspensão abrupta das medicações prescritas por um médico para uso no período de abstinência pode gerar desconfortos como no exemplo disponibilizado abaixo. Mesmo depois de ter deixado a comunidade terapêutica evangélica, não recebeu de volta os medicamentos adquiridos mediante prescrição médica.

*“Os remédio que me deram (referindo-se à prescrição do psiquiatra), eles não deixavam eu usar nenhum remédio, lá não. Porque quando eu estava aqui (se referindo ao contexto fora da comunidade terapêutica evangélica) me davam remédio, pra eu tomar, mas **eles não deixavam eu usar**, não (...) Não deixava. **O pastor falava que era pra curar pela palavra de Deus. Quem curava era Deus e não era remédio que ia curar não...** eles não deixavam usar não. Por isso, eu **fiquei com abstinência na primeira semana. Sem tomar remédio, sem nada (...)** Os comprimidos tudinho, eles esfolaram. Eles levaram tudo e nem os comprimidos eles devolveu...” (AKHENATÓN)*

Em outros casos, a busca pela intervenção e explicação religiosa pode não lograr êxito, uma vez que as crenças e explicações espirituais para os sintomas não se

coadunam com algo que tenha significado para o sujeito, além de não resultar em melhoras esperadas. “Para que os símbolos religiosos funcionem, isto é, produzam cura, é preciso que sejam compartilhados pelo curador, o doente e sua comunidade de referências” (Rabelo, 1993, p. 316).

Essa incompatibilidade e a continuidade dos sintomas contribuem para o amadurecimento da crença de se estar em um processo de enlouquecimento, ideia esta muitas vezes retomada por familiares ou pessoas próximas.

*“Aí eles fizeram e disseram que era macumbeiro até. Aí, depois eu comecei a ver mais bicho, aí que eu via bicho mesmo, via alguém me seguindo, via... à noite eu tava dormindo e parece que tinha alguém tentando me pegar, tinha vezes que eu acordava, quando levantava assustado eu tava debaixo da cama já... É, eu acordava e já ia pra debaixo da cama, com medo de alguma coisa, via assombração, via gente me seguindo, eu andava sozinho na rua conversando sozinho... aí o pessoal olhava e dizia: ‘Vixi, tá ficando doido ali.’ Assim, porque eu tava conversando sozinho”* (AKHENATÓN, falando da experiência no terreito de umbanda e depois se referendo aos vizinhos que o viam conversando sozinho)

*(Falando sobre a impressão dos familiares em relação à continuidade dos sintomas estranhos) “Fica tudo preocupado. Só acha que eu tô doido.”* (ADÃO)

Esta hipótese começa a gerar maiores preocupações e medos em torno da citada possibilidade. Lembranças são ativadas e os conduzem aos casos de conhecidos ou pessoas próximas que apresentaram algum tipo de adoecimento mental. Destarte, tem-se amplificado o receio de vir a se tornar também alguém com problemas mentais.

*“Rapaz, como é que pode você ver coisa, como é que você é forçado a ver imagem, ver, ouvir vozes, vozes lá longe, neguinho falando contigo e quando você vai ver, não tem ninguém falando contigo?” **Aí eu fiquei com medo, né, cara!?** **Aí eu fiquei com medo com isso aí, vai que eu começo com um problema assim? Coisa de louco mermo!** **É igual, eu lembrei de um colega meu, só que esse colega meu, ele ficou meio doido assim, retardado e até hoje ele tá meio retardado. Meio mongolóide, que ele não era daquele jeito, não. Eu não cheguei a ficar esse ponto, não. Graças a Deus, ainda não. Mas ele ficou.**” (SIDARTA)*

A partir das falas dos colaboradores da pesquisa, percebemos que além do desconhecimento dos familiares sobre os verdadeiros motivos dos sintomas apresentados, estes passavam a fortalecer a crença na loucura como explicação para as ocorrências. Este aspecto restringiu a possibilidade de ampliação da compreensão em torno dos sintomas e dos verdadeiros motivos da existência dos mesmos.

*“E tava vendo coisa, tava vendo os três colega meu, na minha frente aqui. E conversando com eles sem eles tá aqui. **Aí minha mãe falou: ‘É, meu filho, tu tá doido mermo. Não tem ninguém aqui não.**” (SIDARTA, reproduzindo a fala da mãe em uma de suas alucinações visuais e auditivas)*

Independentemente da dúvida que paira sobre a etiologia dos sintomas vivenciados, percebemos a continuidade pela busca por ajuda, que acaba desembocando no âmbito da saúde. A chegada ao CAPS ad revelou-se mediada por outras instituições de saúde, que faziam o encaminhamento, ou por pessoas próximas que conheciam o trabalho do CAPS ad e o indicava para quem parecesse precisar.

*“Aí ele me deu um papel e mandou eu aqui pra procurar o CAPS, né?”*  
 (AKHENATÓN, referindo-se ao psiquiatra com quem se consultou e o encaminhou para o CAPS ad)

*“Eu ouvia voz... aí o gerente pegou e ligou pra minha esposa. Ela foi me buscar...Ela foi me buscar e nós, nós fomos pro Hospital de Base. Chegou lá, me encaminhou pro HRAN, do HRAN disse que num era lá no HRAN, que era no Hospital de Base... Eu... antes eu já tinha vindo no HRAN, aí eles me encaminharam pra aqui.”* (ADÃO, referindo-se ao encaminhamento feito pelo hospital onde procurara ajuda)

*“Eu vim porque me indicaram. Minha irmã me indicou, né? Tem uma amiga aqui... Me indicou pra mim vir pra cá pra mim... ter um acompanhamento.”*  
 (TESEU)

***“É só eu beber, eu fico maluco, eu não enxergo nada”*: preocupação em torno da implicação do sintoma da amnésia alcoólica na família**

Anteriormente destacamos o desconhecimento em torno dos sintomas da abstinência e, por isso, compreendidos como indícios de enlouquecimento. Neste indicador, tem-se a presença de crenças relacionadas ao conjunto de sintomas reconhecidos em sua vinculação com o consumo de bebidas alcoólicas. Pela natureza desses sintomas, a preocupação principal circunscreve o medo quanto aos efeitos desses sintomas.

Tem-se na literatura a presença de possíveis quadros de intoxicação alcoólica que podem induzir situações de amnésia alcoólica (Scivoletto & Andrade, 1987/1997). No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV-TR (2002), tem-se a descrição

do denominado Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Álcool (TAPIA). Este se caracteriza pelo desenvolvimento de prejuízo da memória manifestado por comprometimento da capacidade de aprendizagem de novas informações ou na capacidade de recordar informações apreendidas recentemente. Revela-se comum em pessoas com histórico de uso pesado de álcool e estão, na maioria dos casos, na faixa etária acima de 40 anos.

Destaca-se também que a perturbação típica deste transtorno não acontece exclusivamente durante o curso do *delirium*<sup>49</sup> ou demência<sup>50</sup>, podendo persistir além da duração habitual da abstinência ou intoxicação alcoólica. Em sua manifestação revelam-se comuns episódios agudos de encefalopatia de Wernicke – condição neurológica evidenciada por confusão, ataxias, anormalidades nos movimentos oculares (paralisias oculares, nistagmo) e outros sintomas neurológicos. Embora essas manifestações cessem com o tempo, permanece um destacado comprometimento da memória com extensões relativamente persistentes.

Nestes episódios, de fato existe diversas ocorrências que se dão de maneira alheia à vontade daquele que sofre do transtorno ou quadros semelhantes. Esta dimensão de descontrole comportamental gera diversas situações que perturbam e constroem inclusive as pessoas próximas, familiares e entes queridos (Scivoletto & Andrade, 1987/1997).

*“Às vezes eu lembro, às vezes eu não lembro (...) Eu lembro que eu, eu, às vezes, queria agredir, alguém (...) O resto... eu não lembro... são eles que me falam. É, eu fico... é só eu beber, eu fico maluco, eu não enxergo nada (...) Que às vezes se pode se irritar. Se beber pode chegar alguém em sua casa, você conversa e no outro dia você não sabe o que falou, não sabe o quê que você falou com aquela pessoa, você fica, fica sem saber o que foi que você falou... Aí você fica já fica com vergonha de perguntar pra mulher: “O que que eu falei?” (ADÃO)*

---

<sup>49</sup> A característica essencial de um delirium consiste de uma perturbação da consciência com concomitantes de alterações cognitivas não melhor explicáveis por uma demência preexistente ou em evolução.

<sup>50</sup> Caracteriza-se pelo desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos devido a ocorrências fisiológicas diretas de alguma condição médica geral, decorrentes da ação dos efeitos persistentes de uma substância ou a múltiplas etiologias.

Situações de agressão e violência não se revelam raras, mesmo contra pessoas queridas. Entretanto, cabe salientar que o fenômeno deve ser analisado de maneira mais ampla, evitando-se um reducionismo e exclusivismo neurofisiológico explicador da situação. Neste sentido, tem-se as particularidades relacionais que incluem os pares de convívio sócio-familiar que também devem ser consideradas.

Considerando-se a perspectiva sistêmica, todos os membros do sistema sócio-familiar têm um papel na maneira como funciona a família, como cada membro se relaciona com os outros, e na forma como o sintoma alcoolista comparece (Bowen, 1974; Costa, 2004; Halpern, 2000; Knight, 1987; Trindade, 1994; Trindade, 2007; Trindade & Bucher-Maluschke, 2008; Steinglass, 1977; Steinglass *et al*, 1987/1997). Nestes termos, conforme proposto por Stierlin (1971, citado por Bucher-Maluschke, 2008), uma profunda agressividade pode estar presente naquele que exerce o papel de membro sintomático ou papel de mártir, considerando-se que esse papel mobiliza uma dose maciça de sentimentos de culpabilidade em outros membros da família.

Para Stierlin (1978, citado por Bucher-Maluschke, 2008), o paciente designado, ou seja, aquele membro que assume o papel do doente, do problemático (em nosso caso os alcoolistas) aparece como alguém que em essência é explorado pela família. Ele destaca que o sintoma possui duas facetas. A primeira visa a manutenção da homeostase do funcionamento familiar, ao mesmo tempo em que denuncia a necessidade de mudança desta dinâmica. Um dos membros da família é designado para cumprir esta missão. A segunda caracteriza-se pela revolta deste membro designado, que se sente explorado e violentado, o qual devolve aos membros a violência que lhe fizeram vivenciar.

Como ilustração da disposição supracitada, Stierlin (1978, citado por Bucher-Maluschke, 2008) destaca a relação entre os pais e um filho designado. Ele descreve que,



como delegado dos pais, ele assume, em um primeiro momento o papel de vítima, cumprindo as missões recebidas e garantindo um conforto psicológico aos pais e, podemos dizer, ao resto dos membros do sistema familiar. Sua situação de pessoa enferma descarregaria os familiares de todo medo, vergonha e culpa, uma vez que é ele quem detém a doença e, portanto, o fracasso e não os pais ou outros membros.

A sustentação de ser o problema da família – função esta comumente exercida por aquele que personifica e manifesta em si os conflitos e problemas da família, que, por sua vez não podem ser explicitamente expressados pelo restante dos membros familiares – geraria uma sensação de exploração. A partir disso, paradoxalmente, o papel de doente, de incapaz, produziria inquietações nos pais e nos membros da família, expressa por meio de vergonha e culpa, por ter um parente problemático na família e por não lograrem êxito nas tentativas de ajudá-lo, o que os torna, de certa forma, também fracassados.

Considerando-se o TAPIA, acreditamos existir a citada dimensão relacional, que por não poder ser claramente declarada, sustentam padrões disfuncionais de funcionamento familiar para preservação de outros elementos ocultados. Não descartamos as explicações neurofisiológicas, apenas apontamos a importância da consideração de fatores adicionais e que nos convidam para uma leitura mais rica das complexidades envolvidas nos fenômenos relativos aos problemas associados ao consumo de álcool.

Diante do exposto, percebemos que existe uma relativa noção da relação entre os comportamentos indesejados e aspectos relativos à família, como sendo “coisas de família”. No entanto, ao mesmo tempo tem-se o depósito de toda responsabilidade do que acontece na bebida alcoólica, que passa a ser reconhecido como o verdadeiro problema. A possibilidade da reincidência de comportamentos de natureza agressiva, nos momentos de amnésia alcoólica, revelou-se elemento suficiente para a decisão por se buscar ajuda especializada, apesar da eleição da bebida como única responsável pelos problemas.

*“Que eu também procuro meios de, de, de enfiar na cabeça dela assim, que eu não faço por querer. Que eu não tenho, nenhum um vinco de raiva. Jamais! Dela. Dos meus filhos. É de família, acontece muito aí. O filho de um conhecido mermo, ele tirou a vida da, da, da, do pai, da mãe, da irmã... né? Cheio de pinga, cheio de droga. E isso anda mexendo muito comigo. Por que que eu tô aqui? Procurando recurso? Porque eu sei que o cara é capaz de fazer isso, o cara fica cego e faz, moço! Quando ele já fez, ele só vai ver no outro dia, é que ele vai ver. Porque tu fica ceguinho, véi. Sabe o que é cego, que não vê nada? Tu rebenta tudo, faz tudo. Ali você é o dono, mas você não tá vendo nada, ali. (Sócrates)*

*“Tava. Tava complicado, né? Eu tava vendo a hora de eu perder esposa, deu... se tornar... eu fazer com que, do jeito que eu tava, eu podia fazer qualquer besteira! Já pensou eu tomar umas e sair na rua e tomar uma ali, qualquer bebida, chegar em casa e eu pegar uma faca, matar minha esposa ou meu irmão que vai lá? Aí ia complicar tudo, né? Que a complicação não vem lá na hora (...) depois! Que passa, que passa aquilo (...).Aí eu pedi pra ela. Pedi: ‘eu quero uma ajuda, eu preciso de uma ajuda’. Pedi pra esposa também, né? Eu falei: ‘eu quero procurar uma ajuda pra mim’(...) (ADÃO)*

Embora tenha se revelado o interesse em se buscar ajuda em relação às crenças em relação aos sintomas vivenciados, como concomitantes apresentaram-se receios em torno do vir sozinho buscar ajuda especializada. Percebemos existir a expectativa de que alguém da família ou da rede pessoal significativa se disponibilizasse em ser um companheiro neste movimento. No entanto, quando este convite se disponibilizava, detectamos a existência de adiamentos e negativas na aceitação dos mesmos.

*“Eu ficava com medo de ir só, eu esperava que ela me chamasse... eu esperava que elas me chamassem... até falavam pra mim: ‘Vamo pro CAPS, Vamo pro CAPS, Vamo pro CAPS’, só que eu falava: “Não vou não, mãe, não vou.’ Até que eu comecei a ver os, aquelas, aqueles bichos aparecendo, as pessoas falando no meu ouvido, aí eu falei: ‘Agora não tem jeito mais não.’” (AKHENATÓN)*

Inicialmente supomos existir o desencontro de expectativas quanto a busca pelos serviços especializados. Se por um lado, tem-se a família que normalmente almeja uma cura que comparece enquanto abstinência total, o indivíduo que possui um padrão de uso problemático com bebidas alcoólicas, muitas vezes tem interesse na redução de danos ou eliminação dos sintomas negativos do beber, mas sem cessar o consumo.

Adicionalmente, pensamos em torno dos papéis e funções do paciente designado, conforme destacado por Miermont *et al* (1987/1994). Para esses autores, a deflagração de um sintoma relaciona-se com um disfuncionamento familiar. Aquele que comumente se denomina enquanto paciente, na perspectiva sistêmica, personifica a cristalização das dificuldades do grupo que não podem ser reveladas. Deste modo, um dos papéis principais do paciente designado seria o de preservar as regras do funcionamento familiar.

O isolamento do problema do seu contexto, ou seja, depositado em um único sujeito, como se este existisse desconectado de sua família, protegeria as regras interacionais das famílias que não seriam modificadas. Por este motivo, não são incomuns uma unanimidade dos membros da família na concordância em que apenas o membro problemático deve ser tratado. Se esta intenção logra concordância dos serviços especializados, os verdadeiros conflitos internos da família podem deixar de ser contemplados (Miermont *et al*, 1987/1994).

Por possuir a função de regulação homeostática familiar, a figura do paciente designado se torna uma figura indispensável. Se um dos membros tenta modificar as regras reguladoras do sistema ou apartar-se delas, o sistema ativa fortes tensões emocionais e “empurra cada um a exercer um estreito controle sobre os outros” (Miermont *et al*, 1987/1994, p. 421). Nestes termos, a manutenção do sintoma auxilia na coesão, mesmo que disfuncional, e continuidade do funcionamento familiar.

Considerando-se o exposto, a busca das famílias pelo serviço especializado, não significa que estejam dispostas a questionar as relações estabelecidas entre seus membros. A sintomatologia do membro designado possuirá, portanto, um duplo aspecto: 1) demanda de ajuda para acender a mudança, por um lado e 2) o pedido pelo não questionamento dos princípios de seu funcionamento, por outro (Miermont *et al*, 1987/1994). Tem-se, assim, o paradoxo no qual os membros do sistema sócio-familiar solicitam uma ajuda que não podem resolver-se a aceitar (Elkaïm, 1985/1988).

Deste modo, percebemos a ambivalência entre o querer buscar ajuda especializada e o reiterado adiamento da efetiva busca. Buscando maior detalhamento desta dimensão do medo anteriormente delineado, detectamos existir uma nova qualidade nesta expressão humana. O medo passou a se associar às crenças referentes ao tratamento e em relação às instituições nas quais ocorria o tipo de atenção especializada buscada, como será visto em seguida.

### **6.3 “Não! Isso não é lugar pra mim, não!?”: medo do tratamento, da internação e da loucura**

Na discussão feita até o momento, percebemos situações que favoreciam um processo direcionado à busca por ajuda especializada, apesar da ambivalência. Neste

indicador, apresentamos fatores vinculados ao sistema de crenças dos participantes da pesquisa que implicaram no adiamento do pedido de assistência em unidades especializadas. Dentre eles apresentamos o medo referente às crenças sobre o tratamento e o espaço institucional.

Como elemento vinculado ao medo do tratamento, percebemos existir o receio de uma piora do quadro de saúde em virtude das modalidades terapêuticas adotadas. Em especial revelou-se o *medo de vir a se tornar dependente da medicação* cuja ausência poderia desencadear um quadro de loucura, conforme experiências de pessoas próximas.

*“Doidão e vendo coisa. Aí ele foi parar num hospital, quer dizer, ficou internado num hospital aí, numa clínica, quer dizer. Ficou mais ou menos um ano na clínica. Aí depois que ele saiu dessa clínica aí, foi que desgramou tudo, porque ele ficou ruim mermo. Assim... ruim eu falo assim, pra quem conhecia ele assim, normal, né? Porque ele quando tava na clínica lá, ele só tava, ele tava assim, como se diz? Ele tava **vivendo possuído pelo só remédio, cara!** Ele tava, dizem que quando ele fica sem o remédio, aí é que ele fica doido.”* (SIDARTA, lembrando-se de um amigo que fora internado)

*“Eu tomei... uns... 15 dias se não me engano. Aí... só sei que não tomei o **remédio todo**, porque joguei fora, **fiquei com medo... de ficar dependente.**”* (PÉRICLES, falando de uma prescrição feita em uma tentativa anterior de buscar uma clínica)

De acordo com Silveira e Ribeiro (2005), as doenças crônicas, diferentemente das outras, não desaparecem rapidamente mediante a utilização correta de fármacos adequados conforme prescrição de especialistas. Desta maneira, esta condição exige do paciente uma maior adaptabilidade em relação a impossibilidade de uma cura instantânea.

Tem-se a necessidade de um engajamento contínuo que envolve o desenvolvimento de mecanismos pessoais que permitam o conhecimento de seu processo de saúde/doença de maneira a “identificar, evitar e prevenir complicações, agravos e, sobretudo a mortalidade precoce” (p. 93).

Considerando-se o “alcoolismo” enquanto fenômeno de natureza crônica, o tratamento farmacológico implicará em condição também crônica, passível de dependências com capilarizações direcionadas aos medicamentos e à figura do médico (Mello Filho, 2000). A necessidade do uso contínuo da medicação pode caracterizar-se também como uma reiterada lembrança da condição de alguém que está doente e que precisa de remédios. Isto pode resultar em estigma de doente crônico, o que pode implicar em preconceitos e interferências no cotidiano do sujeito (Conrad, 1985; Leite & Vasconcellos, 2003), podendo ser expressa enquanto medo de ficar dependente da medicação.

Entendemos que a busca pelo serviço direciona-se para intenções coadunadas com o objetivo de mudanças que sustentem a libertação de padrões disfuncionais relativos ao beber problemático. Não ignoramos a existência de forças mantenedoras dos problemas associados ao consumo de álcool enquanto sintoma necessário ao funcionamento do sistema familiar, mas acreditamos que os receios em torno do tratamento medicamentoso também se revelam enquanto críticos.

Em situações nas quais o paradigma de tratamento é focado no sintoma ou na doença, desconsiderando o ser humano envolvido no processo, pode colocar em importância secundária o vínculo entre o sujeito que pede ajuda e o profissional que presta assistência. A constituição da relação terapêutica cede espaço para uma forma de composição formada pela díade sujeito-medicamento, fator este que pode comprometer a adesão, considerando-se ser a densidade do vínculo e confiança construída entre sujeito demandante de ajuda e o profissional ou instituição demandada os elementos basilares para uma boa adesão (Battjes,

Gordona, O'Grady & Kinlock, 2004; De Weert-Van Oene, Schippers, De Jong & Schrijvers, 2001).

Atrelado ao medo de tornar-se cativo de uma terapia medicamentosa, percebemos também o *receio de ser internado*, dimensão esta atrelada ao medo da convivência com pessoas “doidas” internas nos hospitais psiquiátricos. Em alguns casos, percebemos o alívio pela infrutífera tentativa de internação por parte de familiares, como exemplificado na situação de um participante da pesquisa que fora levado pela mãe ao “HPAP”, hoje conhecido como Hospital São Vicente de Paula (HSVP).

*“Minha mãe me levou lá pra me internar. Ela foi lá pra internar uma vez. Aí lá, tem aquelas grades, né? Aí a gente via, eu via os cara lá... mas eu tava mamado nesse dia também, aí eu via os cara lá dentro, só tinha doido, parecia que era só caboclo doido, com aquelas roupas branca, correndo no pátio, falando sozinho. Aí eu falei: ‘Não! Isso não é lugar pra mim, não! Não vou ficar aqui, não!’ Aí, ainda bem que ela não conseguiu a vaga lá! Porque ela tentou, tentou, tentou, mas não conseguiu. Aí, da outra vez que eu fui internado lá no D.D.O., que aí eu fui pro HPAP de novo, aí me deram outro encaminhamento pra mim vir pra cá, de novo.” (AKHENATÓN)*

Concomitante ao alívio, a possibilidade de vir ao CAPS ad II se revelou enquanto espaço de ajuda, mas também como espaço ansiogênico. Em virtude do desconhecimento em torno da proposta dos CAPS ad e da política pública diretriz da existência de instituições como essas, delineou-se uma associação com o HPAP. Essa crença de similitude entre as instituições ressaltou-se como fator de adiamento na efetiva busca por ajuda.

*“É que falei: ‘Pô, se nós for lá pro CAPS, eles tão falando que era um negócio de álcool e droga, aí se eu for pra lá, eles vão querer me internar, ou então, vai pegar e... na época eu não sabia o que iam fazer, né? O que ia acontecer. Aí eu poderia... Poderia ver... como seria aqui. Pra mim aqui era que nem o HPAP, né? Igual ao São Vicente. Aí eu fiquei meio assim, cismado, né?’ (AKHENATÓN)*

A ampliação da discussão sobre o tema nos conduziu a perceber que o estar em uma instituição típica para pessoas loucas, revelava o medo de ser tratado como semelhante. Se anteriormente apontamos existir o medo de estar enlouquecendo e a vontade de buscar ajuda para lidar com sintomas indesejados, o vir ao CAPS seria como receber o atestado de loucura.

Nestes termos, a ambivalência entre o querer vir ao local onde possa receber ajuda e o adiar esta vinda, legitimam-se quando contempladas estas dimensões. Elas revelam um conflito paradoxal que acaba por engessar estes sujeitos. Eles ficam paralisados em torno dessas crenças, dificultando o alcance de dimensões salutares em suas vidas.

Não menos importante e associado com o medo das propostas de tratamento e o ser olhado e lidado como alguém louco, detectamos receios em torno de intervenções com choques e “sossega leão”<sup>51</sup>. Alguns fizeram menção a conhecidos que passaram por situações deste tipo e desenvolveram comprometimentos severos em suas condições de saúde.

*“É tratado diferente assim dos outros... Assim, no modo assim... com remédio, aqueles negócio de choque também, que eles fala que dá choque nos outro, não sei o quê... É. Isso aí eu, eu, eu acho... meio esquisito, né? Esse negão, o Urubu (falando de um amigo de infância), mesmo, fizeram com ele isso, antigamente. É, davam choque nele... (silêncio de três segundos) o coitado tava é pior (...) Ah, eu*

---

<sup>51</sup> Fala de um dos participantes da pesquisa se referindo aos fármacos utilizados para pessoas loucas cuja potência de ação é capaz de dopar um leão.



*pensei que ia ser internado, né? Eu vim com minha mãe e pensei que ia ser que nem no D.D.O., que ia chegar lá pra ser internado... pensei que era que nem o São Vicente, que também era só lugar pra doido, né? Aí cheguei e olhei (...) É! Eu pensei que tinha gente doida aqui dentro. Que aqui dava remédio, que, que dava sossega leão... aí fiquei meio assim, né? ” (AKHENATÓN, falando sobre o significado de ser tratado como louco e medo de ser internado no CAPS ad)*

O ser tratado como doido/louco revelou-nos a preocupação em ser considerado *alguém sem futuro* e, portanto, relegado ao universo da indiferença e de um ostracismo social. Esta preocupação revela aspectos importantes, pois nos convida à reflexão sobre a importância da consciência em torno do fazer institucional, para que não se reproduza o modelo asilar hegemônico do passado e de suas práticas desumanas.

Durante muito tempo, a história da loucura foi descrita em consonância com uma visão exclusiva da Psiquiatria<sup>52</sup>. Estas narrativas costumavam retratar o citado tema no sentido de “visar uma história de que alguns ‘iluminados’ constataram a inépcia profilática até então vigente no que diz respeito ao doente mental” (Nalli, 2001, p. 40).

Este tipo de discurso defendia a ideia de que com o advento da Psiquiatria, ocorreria uma humanização do tratamento médico dispensado ao doente mental, culminando na constituição de espaços reservados para sua devida cura: o hospital psiquiátrico. Em Foucault (1972/2005) tem-se desenvolvida uma tese em torno de uma história da loucura que não se revela assemelhada com a maneira como a Psiquiatria a descrevia.

O surgimento do discurso/prática psiquiátrica e de seu objeto de investigação e atuação terapêutica (a loucura enquanto doença mental) não se fundou em torno de pretensões messiânicas, mas se organizou em torno de um projeto segregador. Após a loucura ter

---

<sup>52</sup> Afetando todos os demais campos da Psicopatologia, inclusive a Psicologia e a Psicanálise freudiana (Nalli, 2001).

assumido relação semântica de sinonímia com a desrazão e, por associação, com a imoralidade (Amarante, 1996/2000; Foucault, 1972/2005; Pessotti, 1996/2001), tornou-se alvo de repressão e de adestramentos. Isso se deu em decorrência de um projeto sócio-culturalmente construído em torno do esforço pela ruptura com tudo o que representasse a desrazão (Nalli, 2001).

Deste modo, a internação/reclusão foi destinada aos pobres, aos ociosos, aos devassos, aos libertinos, aos doentes venéreos, homossexuais, alquimistas e aos blasfemos, assim como aos loucos, todos múltiplos personagens, distintos entre si, da desrazão. Quando a loucura assumiu a concepção de doença mental, teve-se um projeto da medicina no sentido de curar o louco de seu estado de animalidade e restituir-lhe a razão. Paradoxalmente, existiu concomitantemente o projeto de assegurar a segurança dos “cidadãos razoáveis” internando os loucos (Foucault, 1972/2005; Nalli, 2001).

Este paradoxo comparece nas técnicas ditas terapêuticas que objetivaram, na verdade, uma autoconscientização do louco enquanto ser animalesco e que, por isso, deveria permanecer “não-livre”, garantindo-se a proteção dos ditos normais. Estes deveriam seguir os preceitos de um regime de correição, praticar seus exercícios e submeter-se às leis de sua pedagogia de adestramento de seus corpos, de seu tempo e de seu discurso (Foucault, 1972/2005; Goffman, 1961/2007).

Nestes termos, essa domesticação imposta até que o sujeito tenha sua identidade inicial deteriorada (Goffman, 1963/1988), sua autonomia desconstruída e sua humanidade desumanizada, resulta em um ser alienado de sua própria vida. Este deixa de ser autor de sua própria história e é transformado em um a-sujeitado, ou como melhor destacou um dos participantes da pesquisa, *alguém sem futuro*.

*“ Tem gente que tem medo. Tem gente que pensa isso. Tem gente que diz: ‘Vixi Maria! Aqui dá todo tipo de gente, só tem doido aqui!’, tem gente que fala isso (...) eu tava pensando que os pessoal ia me tratar como doido, né? Fiquei com medo do pessoal achar que eu era doido assim, né (...) Ah... não sei... igual esse negão que já é assim de nascido... o pessoal tratava ele... ah, assim **tratava com indiferença**, com, com... **falava que era sem futuro**, que era... **sem juízo**... (AKHENATÓN, falando de seu receio de ser tratado como o colega de infância apelidado de Urubu)*

Associada à dimensão da internação, revelou-se também crenças referentes aos possíveis efeitos da instituição sobre a saúde mental dos internos. Em virtude da pouca publicização dos serviços dos CAPS ad e das políticas públicas sustentadoras e diretrizes das práticas destes serviços, não se destacou incomum a crença em uma possível periculosidade destes serviços de atenção psicossocial.

Na experiência de um dos participantes da pesquisa, percebeu-se a crença na existência de espécie de lavagens cerebrais feitas nas instituições, em especial na comunidade terapêutica onde foi internado volitivamente. De suas percepções, concluiu sobre a possibilidade da instalação de uma dependência que se deslocaria da bebida alcoólica para a instituição caso a pessoa permanecesse muito tempo internada. Esta dependência se daria tanto em relação ao espaço físico quanto em relação às regras e valores compartilhados institucionalmente e aderidos em graus variáveis pelas pessoas.

*“(...) quando eu entrei lá e fui ver como era o sistema lá, eu não gostei **é tipo uma lavagem cerebral** não, que lá... se a pessoa ficar muito tempo ali... **eu acho que ele fica na dependência do local... e... dependente também do, do, do sistema que tem***

*lá, num sabe? Regras... eles têm umas regras. Entendeu? É isso... Eu fui embora!”* (CÉSAR AUGUSTO)

*“Aí eu cheguei, minha mãe entrou. Veio eu, minha mãe e minha irmã. Aí minha mãe entrou mais minha irmã pra fazer a ficha com... não me lembro mais com quem eu fiz a ficha... aí eu falei: “Mãe, eu vou sair ali fora pra fumar.” Aí ela falou, “Tu não vai embora não, né?” e eu falei: “Não! Não vou, não; não vou, não!” Mas a primeira coisa que eu fiz foi perguntar pros cara lá fora. “Como é que é aqui, como é que aqui”* (AKHENATÓN)

Esta crença na possibilidade da ocorrência deste tipo de dependência possui como extensão um medo de sair do local e retornar para a vida social além dos muros institucionais. Denuncia a substituição da dependência em relação à substância de eleição pela dependência do ambiente de tratamento, além da existência de um projeto de tratamento que não possui intervenções suficientemente capazes de promover a reinserção social e que parecem funcionar de acordo com o projeto segregador das instituições totais.

De acordo com Goffman (1961/2007), as instituições totais são definidas como:

um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (p. 11)

Segundo ele o “fechamento” característico das instituições totais ou seu caráter total pode ser significado em torno das barreiras à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que ganham representação nos barramentos físicos como portas fechadas,

muros altos, arame farpado, fossos, florestas, etc. Adicionalmente, esse fechamento também se expressa em um gradativo processo de mortificação do eu do interno, que se dá por meio de uma carreira moral.

Esta carreira, compreendida como “trajetória percorrida por uma pessoa durante sua vida” (Goffman, 1961/2007, p. 111), visa uma paulatina domesticação até que o indivíduo aceite se tornar aquilo que a instituição lhe impõe: acreditar que está no lugar certo e que suas percepções contrárias a isto são equivocadas, produto de uma mente que se tornou adoecida e que necessita de ajuda. Paralelamente, o gradativo processo de institucionalização do sujeito afeta a manutenção da densidade das redes sociais desses sujeitos, em decorrência do isolamento social imposto como metodologia terapêutica, introduzindo-se assim, um processo paulatino de esfacelamento dos vínculos anteriores. Haja vista que o acesso ao local da instituição é difícil e muitas famílias têm restrições quanto à visita aos familiares internados.

Neste sentido, a autonomia dos indivíduos é deteriorada, suas convicções e percepções são constantemente não confirmadas até que se despersonalizem, enquadrem-se e se tornem parte da instituição como foi detectado na narrativa de um dos colaboradores da pesquisa.

*“ (...) eu achei estranho aquilo, mas, comigo, isso não acontece não. Mas, eu achei o pessoal lá, que eu conversei assim, que eles já estão num **regime assim... de... de dependência do local**. Entendeu? **O cara tem medo de sair de lá**, porque o cara já sabe que vai fazer besteira. **Não tem o autocontrole**. Entendeu? E é isso que, às vezes, o cara... o vício é isso, né? **Talvez, alguns até consigam sair de uma droga, do álcool... né? Mas, fica dependente do local**. Olha, tem muitos lá, que viraram obreiros. Vai ficando internado, fica muito tempo, tem gente lá que tem dez anos lá internado. Agora é obreiro. Obreiro é o que toma conta lá do pessoal. Que*

*prega também no culto e tudo. Então, é um cara que já se tornou parte do local lá. Tá entendendo? Um controle total sobre você. Você não tem querer. Eles tomam o seu querer, né?” (CÉSAR AUGUSTO)*

No caso do citado colaborador da pesquisa, com receio da citada situação, preferiu fugir do lugar, não aceitando internar-se novamente. Veio ao CAPS ad II ao ser informado pelo psicólogo de seu local de trabalho sobre a **proposta prescrita** nas diretrizes e políticas públicas atuais sobre saúde mental. Este diálogo com o profissional lhe auxiliou a ter uma percepção diferente do serviço oferecido no CAPS ad II.

*“L.: Como é que você chegou aqui, como foi essa história que fez com que você buscasse o CAPS?”*

*C.A.: É o psicólogo lá, de onde eu trabalho, o F., que ele já tinha me indicado, né? (...) Imaginei assim, que primeiro eu viria aqui, que teria uma triagem e depois, tomar alguns remédios. Pra dormir, pra desintoxicar, né? Foi isso o que eu imaginei.*

*L.: Você imaginou que poderia ficar internado aqui?”*

*J.: Não, não.*

*L.: Teve algum receio de vir pra cá?”*

*J.: Não.” (CÉSAR AUGUSTO)*

Nesta Zona de Sentido evidenciou-se a importância da consideração dos elementos envolvidos no processo de adiamento do pedido de ajuda. Muitas vezes a necessidade de assistência especializada é detectada enquanto realidade, mas o imaginário em torno dos sintomas, do tratamento e das instituições prestadoras de serviços em saúde mental,

pode dificultar a busca pela ajuda. Dessa maneira, a dimensão da ambivalência existente em alcoolistas necessita ser ampliada e melhor compreendida nestas dimensões.

## **7 - DE ESCRAVO A HERDEIRO: UM PEDIDO PELA RUPTURA DE PADRÕES DESTRUTIVOS CONSTITUÍDOS E TRANSMITIDOS TRANSGERACIONALMENTE**

*“Para onde quer que vamos, carregamos a reatividade emocional não resolvida com nossos pais, sob a forma de uma vulnerabilidade para repetir os mesmos antigos padrões em todo relacionamento novo e intenso em que entramos.” (Nichols & Schwartz, 1998, p. 309)*

Durante o processo de construção da informação, o pesquisador sempre buscou ampliar a compreensão da relação dos participantes com a bebida, para além da díade sujeito-bebida. Nesta busca por contemplar contextos cada vez mais amplos, foi possível constatar a coexistência de distintos padrões no consumo de bebidas alcoólicas no âmbito familiar e entre seus membros. Esta presença de relações com o beber se apresentaram tanto em sentido horizontal como no vertical. Na horizontalidade nos referimos aos membros da família nuclear e extensa, considerando-se o momento atual no contexto familiar e em uma mesma geração, enquanto a verticalidade condiz com a dimensão ascendente ou descendente das gerações familiares.

Na horizontalidade, apresentaram-se padrões de consumo de bebidas alcoólicas nos subsistemas fraternos, destacando-se padrões abusivos, problemas orgânicos associados ao álcool e um caso de morte por cirrose. Este padrão de consumo também foi encontrado no subsistema fraternal dos pais de alguns dos participantes, no qual um tio, irmão do pai, apresentava problemas com os problemas associados ao consumo de álcool. Destarte,



verificou-se coexistir um mimetismo do problema em gerações distintas o que ampliou nosso olhar em direção à verticalidade da presença dos problemas associados ao consumo de álcool, contemplando-se a *dimensão multigeracional no que surgira no empírico*.

A coesão familiar é, em parte, mantida pela transmissão de regras valores e expectativas que podem ter diversos níveis de visibilidade e que moldam formas de se comportar, de se situar no mundo e na vida. Recebemos em herança, tudo o que as gerações que nos precederam adquiriram, fazendo de cada um de nós não mais do que um elo numa longa cadeia de transmissões que datam do primórdio da Humanidade (Priour, 1996/1999).

Não obstante, nesta herança podem ser transmitidos padrões disfuncionais e nem sempre claramente perceptíveis, capazes de imprimir exigências sutis e dificilmente recusáveis. Nestes termos, entendemos que uma herança pode se tornar uma escravidão, quando os padrões exigem sacrifícios que podem comprometer a saúde mental dos herdeiros, mesmo que estes não tenham consciência disso.

Da inclusão da dimensão multigeracional e dos seus diversos atores, possibilitou-se novas conexões e diálogos entre o empírico e o pesquisador. Do reiterado contato, produziram-se espaços de tensão do qual emergiu a **Zona de Sentido** a ser discutida na sequência e resumida conforme disposto em seguida:

*Este pedido se refere ao complexo movimento dialético de pertencimento e separação ampliado para o processo de transmissão multigeracional que estabelece a existência de padrões herdados de gerações anteriores para as seguintes. A assimilação das delegações desta herança e lealdade na continuidade das mesmas oferece elementos para a constituição e manutenção da identidade individual e coletiva dos membros familiares, ao mesmo passo que podem gerar aprisionamentos em torno de padrões que solapam a possibilidade de renovação do funcionamento familiar. Destarte, a demanda desse alcoolista*

*se revela no sentido de romper com padrões insalubres e promover possibilidades de novos níveis de autonomia e diferenciação do self.*

### **7.1 “O que me machuca mais é a lembrança”: Ruptura do ciclo de violência intrafamiliar**

Nas histórias reconstituídas a partir da busca pela compreensão daquilo que se apresentava enquanto motivo marcante pela busca do serviço especializado, destacou-se a presença do consumo de bebidas alcoólicas no subsistema parental. Nestes casos, percebemos a existência de pais e mães habituados com padrões de consumo de bebidas alcoólicas suficientes para a produção, no mínimo, de intoxicação alcoólica.

*“Meu pai é falecido. Devido o álcool. Devido ao **alcoolismo**.” (TESEU)*

*“Rapaz, no, no, no, nos tempo aí atrás, rapaz, quando eu era mais novo, pra mim que foi o problema. Eu falei assim: “Ah, meu irmão, **minha mãe bebe também**, eu vou e encher a cara!” Aí eu comecei a beber com raiva, **eu via ela bêbada**, não gostava de gente bêbada (...) Ah, eu tinha uns... quinze, dezesseis ano.”*

(SIDARTA)

*“Rapaz, **minha mãe** não pode falar muito não porque **ela bebe também** (...) Ela **bebe quase todo dia**. É mais cerveja, mas ela num... é assim, ela bebe tal, não sei o que. Às vezes, fala uma merdinha e depois vai dormir.” (SIDARTA)*

O padrão abusivo ou dependente do consumo de bebidas alcoólicas feita por estes pais não apenas foi apontado como fator influenciador do início do consumo dos filhos. Também revelou indícios de repercussões negativas no âmbito familiar no qual os

participantes da pesquisa foram criados, uma vez que os pais alcoolistas não puderam cumprir com seus papéis para com os filhos.

Para Minuchin e Fishman (1985), a família representa o contexto natural para crescer e para receber auxílio. Caracteriza-se também pelo *locus* no qual os indivíduos receberão apoio para a individuação sem perda do sentimento de pertencimento. Na família, os filhos têm o direito de serem cuidados, protegidos e socializados, além de ser ensinado como viver em sociedade, internalizando regras e valores, assim como estilos de enfrentamento de conflitos e de negociação dos mesmos.

As famílias assumem ou renunciam suas funções de acordo com as necessidades culturais ou conforme a capacidade psíquica e maturidade de seus membros. Como foi destacado por Krestan & Bepko (1989/1995) o nascimento de um primeiro filho podem despertar antigos conflitos conjugais ou mais antigos do que o advento do matrimônio e ainda não resolvidos. Dessa sensação de inabilitação para lidar com as responsabilidades pela criação dos filhos, pode desencadear um quadro de futuro como forma de lidar com a erupção dessas questões conflituosas.

Considerando-se a presença de pais alcoolistas, as funções dos mesmos para com os filhos ficam prejudicadas. De acordo com Gomes, Deslandes & Veiga (2002), os problemas associados ao consumo de álcool pode provocar comportamentos agressivos, negligência e abandono dos cuidados com os próprios filhos. Também representa fator de risco para maus-tratos contra crianças (Ramos & Oliveira, 2008).

Diversas evidências empíricas apontam para o fato que o consumo de bebidas alcoólicas no âmbito familiar potencializa a ocorrência de conflitos interpessoais; desentendimentos familiares e afetivos; separação de casais; abuso físico e sexual; homicídio; suicídio e envolvimento em manifestações de violência no âmbito intrafamiliar (Nascimento

& Justo, 2000; Gomes, Deslandes & Veiga, 2002; Peluso & Blay, 2008; Reinaldo & Pillon, 2008).

Das narrativas apresentadas pelos co-autores desta pesquisa, destacou-se uma trajetória de vida na qual a violência se revelou enquanto realidade diuturna. Não raramente, a cultura do beber associada à violência, vitimou mães, irmãos e os próprios participantes da pesquisa. Embora a ênfase na modalidade de violência física tenha sido destaque na fala dos colaboradores, não significa afirmar que outros tipos de violência não tenham ocorrido.

*“Miudinho, eu era miudinho. Nós morava nessa vila Cauí, aqui onde hoje é o Guarazão, eu morava aí. Me lembro que... minha mãe dizia... eu me lembro de ter morado aí. Mas minha mãe falou que é mesmo, que a gente morava na Ceilândia e ele pegou e vendeu. **Ele não quis dar nada pra gente não... ele só servia pra dar pau na pobre da véia... mas, tudo por causa de bebida, né mano? Viixi! Bebia bastante... ele era pedreiro, eu me lembro.**” (SÓCRATES)*

*“(…), problema mesmo assim familiar, né (...) Não, problema assim, só mesmo que **meu pai me batia em mim e na minha mãe é só isso ai.** (JEOVÁ)*

Tratar-se dos tipos de **violência**, por questões óbvias, exigiria a definição prévia do termo destacado. No entanto, revela-se pertinente ressaltar que não objetivamos tecer discussões em torno do conceito de violência. Esta opção se coaduna com o fato de ter-se na literatura um direcionamento sobre este tema. Diversos autores afirmam sobre a prudência de uma compreensão do fenômeno “violência” enquanto fato social plural e multifacetado, não se revelando fecundo buscar-se uma definição única e definitiva (Bonetti & Wiggers, 1999; Dalbosco, 2006; Levisky, 1998; Maffesoli, 1997; Michaud, 2001; Zaluar, 2004; Zimmerman, 2001).

Para orientação de nossa discussão, adotaremos a definição de Michaud (2001), que embora não almeje definir violência, busca circunscrever este tema em torno dos atos e estados mais insidiosos que o caracterizam. Segundo este pensador tem-se que:

Há violência quando, numa situação de interação, um ou vários atores agem de maneira direta ou indireta, maciça ou esparsa, causando danos a uma ou várias pessoas em graus variáveis, seja em sua integridade física, seja em sua integridade moral, em suas posses, ou em suas participações simbólicas e culturais. (p. 11)

Nesta definição, o citado autor busca contemplar dimensões da violência que se revelam em sutilezas que nem sempre apresentam-se bem definidas em seus contornos ou efeitos, ressaltando três elementos: 1) tipo de interação; 2) tipos de ação e 3) tipos de efeitos.

Deste modo, as situações de interação onde se há violência, podem acontecer de maneira aberta e circunscrita, como no enfrentamento franco entre dois adversários, ou distribuída entre diversos atores. Neste segundo aspecto, a inserção de múltiplos participantes, ocasionaria uma diluição das responsabilidades, produzindo efeitos cuja origem seria percebida como anônima.

Outro elemento de destaque se revela na distribuição temporal da violência. Para Michaud (2001), esta pode ser ministrada instantaneamente (maciça) ou gradualmente (distribuída). Deste modo, pode-se matar, deixar morrer de fome ou favorecer situações que resultem em desnutrição até o óbito, dependendo da gradação adotada. Por fim, o autor amplia a discussão para os tipos de efeitos da violência que não se restringem aos prejuízos materiais e físicos, agregando aqueles de ordem psicológica, morais, de crenças e de costumes como capazes de gerar danos graves.

Ampliando a conceituação de Michaud (2001), Magagnin e Almeida (2000) apontam para a consideração do espaço das relações sociais estabelecidas, como fator importante ao se lidar com o fenômeno da violência. Neste sentido, a dimensão contextual traduz-se como variável essencial. No caso da pesquisa, a violência dimensionada pelos participantes se dava no interior de suas casas (âmbito doméstico), constituindo-se como padrão de relacionamento intrafamiliar.

De acordo com Guerra (2001), reconhecem-se quatro tipos de violência doméstica: *violência sexual*, *violência física*, *violência psicológica* e *negligência*. A violência sexual contra criança ou adolescentes se caracterizaria como:

(...) todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente esta criança ou adolescente ou utilizá-lo para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou e outra pessoa. (p. 33)

Embora esta manifestação de violência doméstica não tenha sido verbalizada, deve-se considerar que por sua natureza, normalmente assume a dimensão de segredo familiar, muitas vezes se expressando de forma camuflada (Ramos & Oliveira, 2008). Adicionalmente, existem estudos que apontam correlações significativas entre o histórico de abuso sexual e o consumo posterior de drogas e álcool (Bastos, Bertoni & Hacker, 2005), assim como consumo de bebidas alcoólicas como fator de risco para abuso sexual (Chavez Ayala *et al*, 2009; Baltieri & Andrade, 2008).

Para Ballone e Ortolani (2002), a blindagem existente em torno do citado tema no contexto familiar, poderia ser compreendido em torno das possíveis mudanças na dinâmica familiar, a probabilidade de punições e separações entre membros familiares no caso de uma revelação. Todavia, deve-se considerar a questão de gênero, uma vez que existe uma

tendência, inclusive de profissionais, em crer que homens adultos não podem ser vítimas de violência sexual. São vistos, comumente, como possíveis agressores (Sarti, Barbosa & Soares, 2006).

Destacada como outra maneira de manifestação da violência doméstica tem-se aquela cuja expressão ocorre no físico. De acordo com Guerra (2001), existem controvérsias quanto a definição de violência física. Existem segmentos que afirmam tratar-se de atos que resultam em danos físicos às vítimas. Outras correntes a definem como todo ato capaz de causar, no mínimo dor física nas vítimas. Sem embargos, esta prática constitui-se como uma das principais causas de mortalidade de crianças e adolescentes em todo mundo (Gomes *et al.*, 2002).

Em situações nas quais a prática de violência física não resulta em óbito, produz marcar no corpo que se tornam registros eternizados na pele dos vitimados. Estas marcas poderão ativar lembranças e o sofrimento vivenciado, configurando-se uma contínua tortura psíquica, que poderá solapar as potencialidades de realização dessas vítimas na vida. Essas conseqüências danosas se amplificam quando existe a presença da violência psicológica e a negligência associada a anterior.

Para Ballone e Ortolani (2002) e Guerra (2001), a violência psicológica se caracterizaria pelos atos de depreciação, de humilhação, de discriminação, de chantagens e xingamentos cujas marcas não comparecem no corpo físico, mas podem causar danos emocionais para o resto da vida. Enquanto a negligência se define como atos de omissão dos pais às necessidades dos filhos quanto à alimentação, condições de vida, educação, carinho, etc. (Lippi, 1985), constituindo-se enquanto desassistência capaz de provocar danos duradouros no psiquismo das vítimas.

Em uma das narrativas, apresentou-se o histórico de um dos participantes que quase teve seu braço decepado pelo padrasto quando criança. Ele destacou a sorte por não ter

inutilizado o mesmo, uma vez que poderia ter tido dificuldades para realizar seu trabalho de pedreiro. Olhar para a marca no braço, feita por um padrasto alcoolizado, ativava a memória de cenas doloridas e recalcitrantes em desaparecer. Esta, reiteradamente comparecia no relato da história da marca no braço, como se a reprodução do contar e recontar o ocorrido pudesse estar promovendo alguma cicatrização em feridas não mais no braço, mas enraizadas na interioridade daquele ser humano.

*“No braço mermo. Ficou pendurado. Esse corte aqui, eu devia ter uns 10 ou 11 anos. Viu? Esse corte aqui degolou meu braço assim... e eu dei sorte que num cortou, num, num, num decepou o nervo. Senão tudo isso aqui neu era duro. Eu acho que essa parte aqui, eu ia perder talvez, esses, esses três dedos aqui... esses três ou quatro dedos era provável deu ter perdido o movimento deles. Dos três ou quatro aqui... o tamanho disso, maior que os pés. Que fica tipo assim, um mais entravado que o outro, né? É onde oferece mais... fica mais entravado que o outro.” (SÓCRATES)*

*“E aí, eu... o que me machuca mais é a lembrança”.* (SÓCRATES)

Em outras situações, os participantes revelaram situações na infância nas quais serviram como receptáculo no qual as mães injuriadas e descontentes com a vida ou com os maridos violentos e alcoolistas, descarregavam seu sofrimento em forma de violência física ou verbal nesses filhos pequenos. Eles assumiam esse papel de aliviar a tensão dessas mães, aceitando a violência depositada neles.

*“ (...)Não, com minha mãe eu tive. É que, com a minha véia, aconteceu muita coisa com a vida da minha mãe, aí nesse período agora que mãe descansou, eu sofri*



*muito, apanhei muito, ela me bateu muito, mas eu não culpo ela de nada (...)*batia... *batia de fio elétrico, batia de cinto (...)*Eu acho que ela me batia mais sem necessidade. Me bateu, muitas das vezes, sem precisão... Sem precisão... mas, eu também não culpo ela não, porque... porque... tenho que pensar o seguinte, minha mãe era só, cheio de fí, tinha um marido bêbado desgramado dentro de casa... Que só vivia judiando dela, que só dava pra pinga, que só dava pra Caracu... que só dava pra jogo... entendeu? É. E ela, e ela era bem pobrezinha do Maranhão... gente pobre, você sabe como é. A pessoa se esquentura. (SÓCRATES)

Ao invés da mãe e do pai cumprirem as tarefas de proteção e cuidados dos filhos, estes assumem o lugar daqueles e passam a servir como amortecedores da tensão intrafamiliar. Esta inversão passa a ser a regra, podendo os filhos ficarem tão sobrecarregados que fiquem impedidos de ser criança. Tornam-se crianças com responsabilidades adultas (Krestan & Bepko, 1989/1995), cuidando de pais pueris e imaturos que possivelmente não receberam os devidos cuidados quando crianças, fenômeno este denominado parentalização ou papel de filho parental (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973/2008; Penso, 2003; Penso & Sudbrack, 2004). A possibilidade de ruptura da família (separação dos pais em virtude dos problemas associados ao consumo de álcool e a violência, por exemplo) mobiliza algo ou alguém que promova um adiamento dessa desconstituição familiar. Assim, um dos filhos é eleito como aquele que assumirá essa tarefa.

Esta situação nos evoca o conceito de triangulação de Bowen (1976) que se refere a um sistema de interação entre três pessoas. Segundo ele, quando um par apresenta um nível de ansiedade próximo ao insuportável, um dos membros da díade elege um terceiro como reforço. A díade original passa a se constituir como tríade, na qual, não raramente, deixa um dos componentes originais do par do lado de fora da nova configuração.

Para Guerin, Fay, Burden e Kauto (1987), a formação de triângulos ocorre de duas maneiras. A primeira o autor ilustra com a situação de um casal onde a esposa se revela afetada emocionalmente pelo distanciamento do cônjuge. Em virtude disso, ela poderá aumentar seu envolvimento com um dos filhos. No segundo padrão de constituição de relações trianguladas, o autor aponta a possibilidade de uma terceira pessoa sensibilizada com a ansiedade de um dos membros da díade ou com o conflito neste sistema, mover-se em direção aos envolvidos para oferecer-se como apaziguador ou aliado de uma das partes.

Independentemente da maneira como as relações triangulares se formam, todas têm o objetivo de reduzir ou aplacar a ansiedade inicial. No entanto, embora haja uma redução nos sentimentos desestabilizadores do sistema, o conflito permanece congelado, sem atingir uma resolução efetiva (Nichols & Schwartz, 1998).

Nos casos onde um dos filhos é envolvido na triangulação, o processo de diferenciação deste membro fica prejudicado. Uma vez fusionado com a mãe, por exemplo, um filho que procure se emancipar de sua família, sem deixar de pertencer a mesma vê-se em um conflito de lealdade. A desvinculação do triângulo e busca por autonomia, significaria trair os pactos acordados sutilmente no seio familiar. Desse modo, existe o sacrifício da própria vida em nome das expectativas depositadas ou “volitivamente” assumidas por este membro familiar, para que haja uma minimização da ansiedade no ambiente familiar e se afaste a possibilidade de ruptura entre os membros.

Quando a triangulação constituída não se revela com capacidade suficiente para lidar com a ansiedade presente, no intuito de abrangê-la ou dissipá-la, há o aparecimento de formações triangulares adicionais, denominados como *triângulos imbricados* (Bowen, 1976) ou *triângulos justapostos* (Andres, 1971, citado por Nichols & Schwartz, 1998). De acordo com esses autores, a inserção contínua de novas pessoas na triangulação inicial produz múltiplas triangulações que formam uma tessitura caótica e caracterizada por sobreposições

de triângulos de difícil observação. A meta deste múltiplo envolvimento se inscreveria com o mesmo objetivo de apartar a ansiedade familiar.

A imaturidade dos filhos em terem que assumir o papel de continência aos anseios dos pais imaturos, associada à insustentabilidade de ser receptáculo amortecedor da violência intrafamiliar diuturnamente e o lidar com as questões edípicas produzidas pela intensa fusão entre mãe e filho resultaria na necessidade de inclusão de um novo elemento da triangulação inicial. Nestes termos, entendemos que a nova inserção não se restringe necessariamente a uma nova pessoa, podendo se direcionar para outros elementos. Desta maneira, compreendeu-se do empírico que o consumo de bebidas alcoólicas pareceu servir como a instalação de uma nova triangulação. ***O ato de beber excessivamente, compreendido enquanto sintoma familiar*** instalar-se-ia em situações nas quais a ansiedade familiar se encontrasse elevada excedendo-se a capacidade do sistema familiar de ligá-lo ou neutralizá-lo (Bowen, 1974; Nichols & Schwartz, 1998). O esquecimento provocado pela bebida seria uma forma apresentada de lidar com o insuportável da relação familiar.

*“Quando, quando eu bebo, eu não lembro de nada. A minha bebida é uma bebida... que eu esqueço de tudo! Inclusive, eu quando eu fico esses cinco dias, seis dias, sete dias bebendo eu fico sete dias eu... quando eu vou me dar no si, eu não sei o dia que é (...) Certo? E quando eu bebo, me vem uma sonolência muito grande! Sonolência se eu, seu eu ficar bêbado, eu durmo. Pode tá onde eu tô. Pode tá numa parada de ônibus, pode tá numa mesa de bar... se eu tiver dirigindo, eu paro o carro e durmo dentro do carro... e vem aquela sonolência, que quando eu acordo eu vou atrás de bebida.” (TESEU)*

*“Ah, a gente, a gente esquece das coisas, né? A gente esquece dos problemas... se tu tiver algum problema tu esquece... você se sente mais animado pra fazer*

*alguma coisa... é diferente demais! Fica tudo diferente... quando você tá bebendo ali é tudo uma maravilha (...) Ah, depois que para é ruim! No outro dia é ruim, se não beber outra ali assim, fica ruim. (AKHENATÓN)*

Durante anos, o beber serviu como um regulador auxiliar, até que os filhos se tornam como os pais, atores reprodutores de violência, não tendo mais no beber um aliado, mas um gatilho para a repetição do ciclo de violência vivenciado durante anos. Este padrão se reproduz na própria família e aquele que era vítima se transpõe em algoz e fiel cumpridor dos padrões vividos e condenados no passado.

A teoria sistêmica contribuiu para o pensamento humano no sentido de direcionar o foco além das personalidades individuais, redescobrando a interconectividade fundamental da condição humana. As personalidades individuais foram ampliadas e reconectadas aos seus respectivos sistemas familiares, compreendidas como totalidades organizadas por regras definidas, mas não verbalizadas (Minuchin, Nichols & Lee, 2009).

Neste sentido, considerando-se a interconectividade típica da humana criatura, algumas perspectivas contribuíram para a teoria e a prática do trabalho com os sistemas sócio-familiares. Conhecidas como terapias familiares intergeracionais (Elkaïm, 1995/1998), as propostas contidas nesses modelos compreensivos e interventivos pressupõem que as famílias possuem uma história que extrapola a família nuclear e envolve a família extensa (Penso, Costa & Ribeiro, 2008). Neste sentido, padrões pertencentes a gerações anteriores são transmitidos para as gerações seguintes, influenciando-as em diversos sentidos. As questões que aparecem em uma geração podem passar para uma geração seguinte de outra forma, mas mantendo-se um padrão das famílias repetirem a si mesmas (Carter & McGoldrick, 1989/2007).

As heranças recebidas contemplam tanto aspectos positivos quanto negativos (Boszormenyi-Nagy, 1986). De acordo com Bucher-Maluschke (2008), o patrimônio herdado

em sua vertente positiva, serviria para assegurar a sobrevivência transgeracional, assim como facilitar a sobrevivência humana. Em sua dimensão negativa, caracterizar-se-ia pela herança de padrões disfuncionais. Dessa maneira, *o patrimônio dos problemas associados ao consumo de álcool e da violência seriam exemplos de padrões transferíveis ao longo das gerações.*

*“É que... você bebe, você não dá certo pra bebida, no caso é só discussão. Provocando os filho, provocando a mulher...né? Aquela onda de violência doida. Então, quer dizer, com tudo aquilo você cresce com aquelas coisa do juízo, né? Na lembrança. É, eu sou perturbadinho com isso. A bebida nunca me ajudou em nada ...” (SÓCRATES)*

Não raramente, em uma tentativa de ruptura com os padrões de violência e dos problemas associados ao consumo de álcool nas famílias de origem, alguns buscam o casamento e a constituição de um novo núcleo familiar. Existe a crença em que as antigas dificuldades ficam para trás, contudo, as pessoas carregam consigo questões inacabadas que se expressam sob a forma de sensibilidades não resolvidas, capazes de provocar reatividades em novos relacionamentos. Não raramente, nas novas relações conjugais, as vinculações emocionais remetem a histórias que se assemelham, podendo reavivar antigos conflitos (Nichols & Schwartz, 1998).

*“É, a mulher tem trauma de bebida (...) Que ela já sofreu com o pai dela, né? Ele bebia, por isso que ela odeia.” (SÓCRATES)*

*“Nunca pode ter desacordo com nada. Que uma coisa que ela achava que nunca ia sofrer, tá sofrendo hoje. Porque quando ela me conheceu, eu não bebia, não!”*

*Eu não bebia não. Quando meu pai fazia as coisa, eu dizia que era mentira. Então, quer dizer que tem uma coisa dentro da gente, que faz a gente pagar a língua, entendeu?” (SÓCRATES)*

Na busca de compreender este fenômeno de mimetismo de padrões intergeracionais, Bowen (1974) desenvolveu o conceito de *processo de transmissão multigeracional*. Segundo ele, a família é uma unidade emocional, portanto, um sistema cujo funcionamento afeta e é afetado por todos seus membros. O padrão emocional da família é transmitido através de múltiplas gerações, onde todos os membros são agentes e reagentes dos problemas que surgem.

Para este autor todas as famílias possuem dois processos basilares, que se influenciam mutuamente de maneira dialética. Uma das forças se direciona para a união das personalidades individuais no seio familiar, enquanto a outra visa o logro da individualidade e separação da família. O desequilíbrio pendente para a união denominou “fusão”, “aglutinação” ou “indiferenciação do *self*”, enquanto a capacidade de funcionamento autônomo estaria relacionado à maior diferenciação do *self*. Este conceito de natureza intrapsíquica e interpessoal define a capacidade de separação do sentimento do pensamento.

Quanto mais uma pessoa ou família possui uma diferenciação de *self*, mais amadurecida ela é, sendo mais capaz de emoções fortes e espontaneidade (expressão do sentimento), como também de contenção e objetividade que vem atrelada à capacidade de resistir às pressões dos impulsos emocionais (utilização do pensamento). Do contrário, os intelectos são facilmente eclipsados por sentimentos que incapacitam a possibilidade de pensar claramente (Nichols & Schartz, 1998).

Quando essa indiferenciação ocorre nas famílias de origem – conceito de *unidade emocional familiar* ou *massa egóico-familiar indiferenciada* –, as relações se caracterizam pelo fusionamento emocional, destacada dificuldade de diferenciação dos

membros, caos cognitivo coletivo e excessivo apego (Bucher-Maluschke, 2008). Nestes termos, os pais transmitiriam aos filhos o equivalente nível de maturidade ou imaturidade que alcançaram, por meio de um processo denominado de projeção familiar, sendo que o filho que é o alvo do processo de projeção torna-se mais ligado aos pais e menos diferenciado em termos de *self*, enquanto os filhos menos envolvidos tendem a se mover a um nível mais alto de diferenciação (Bowen, 1974).

De acordo com Boszormenyi-Nagy e Spark (1973/2008), a manutenção dessas heranças recebidas por diversas gerações ocorre por meio de lealdades invisíveis. Este conceito se refere à existência de um conjunto de expectativas familiares em torno da adesão a certas regras e padrões e orquestradas em torno de distribuição de compromissos entre todos os membros. Esta distribuição, também conhecida por delegação<sup>53</sup>, implica na execução de tarefas, missões encomendadas de forma inconsciente, que estão vinculadas aos anseios do grupo familiar. Seu cumprimento fiel defere prova de solidariedade e compromisso às expectativas familiares, além de conferir *status* de pertencimento àquele que se revela leal. O seu contrário se concentra naqueles que transgridem ao que fora delegado, podendo ocasionar a expulsão do membro traidor (Simon, Stierlin & Wynne, 1984/1988).

Adicionalmente, para os membros que cumprem as obrigações previstas, há uma contabilização de créditos perante o sistema familiar, condições estas que outorgam ao membro leal o direito, por sua vez, de fazer exigências a outros membros da família. Enquanto ao desleal tem-se uma contabilidade de dívidas que serão repassadas aos próximos descendentes, da mesma forma que os méritos acumulados. Destas contabilizações de créditos e débitos, as famílias terão parâmetros para sua própria constituição da noção de Justiça<sup>54</sup> e de legitimidade (Boszormenyi-Nagy & Spark 1973/2008; Simon, Stierlin & Wynne, 1984/1988; Bucher-Maluschke, 2008; Penso, Costa & Ribeiro, 2008).

---

<sup>53</sup> Termo de origem latina – *delegare* – que possui dois sentidos de significação: 1) remeter algo a alguém e 2) encomendar uma missão (Simon, Stierlin & Wynne, 1984/1988).

<sup>54</sup> O que é justo e o que não é justo, medido nas relações entre *aquilo que recebemos* e, portanto, proporcionalmente *devemos*, e aquilo que *esperamos receber* a partir *do que damos* (Elkâim, 1995/1998).

Na legitimidade construtiva, aquele que por ter dado passa a ter o direito de exigir daquele que recebeu, sente-se brindado por uma satisfação interior que o motiva para a continuidade de atos de generosidade, sem exigir qualquer retorno, por mais que tenha direitos. No entanto, na legitimidade destrutiva, define a pessoa que foi lesada e é conduzida a agir pela busca de uma restituição ou reparação. Nas palavras de Elkaim (1995/1998):

A pessoa que foi lesada tem direito de reclamar por uma compensação e encontra em seu parceiro, e depois em seus próprios filhos, a esperança de uma reparação de acordo com as injustiças passadas. O parceiro poderá se defender dessa tentativa, ao passo que os filhos, pela generosidade espontânea e lealdade inerentes a esta condição, tentarão atender às necessidades da pessoa em questão. A criança que é regularmente explorada em sua disponibilidade e, além disso, recebe a acusação de ser um fator de problemas ao invés de ter reconhecida a sua contribuição sofre, por sua vez, uma injustiça. Será esse estímulo para a formação de um novo espiral de legitimidade destrutiva: voltando-se para a busca da compensação a que teria direito junto a terceiros inocentes, será agora a própria criança que provocará novas injustiças. (pp. 108-109)

Nestes termos, o ciclo de violência descrito pode ser pensando enquanto produto de redes complexas de delegações, lealdades invisíveis, projeções familiares que exigem uma manutenção da tradição familiar em seu eixo vertical (relativo às múltiplas gerações). Não obstante, no nível horizontal, esta continuidade do ciclo de violência pode encontrar expectativas não condizentes com aquelas transmitidas transgeracionalmente. Esta situação pode gerar conflitos de lealdade, ocasionando percepções estranhas sobre si mesmo.



Em um dos participantes esta situação revelou-se exemplar, quando o mesmo destacou existir uma espécie de duplo dentro de si. Um almeja mudar a relação com o beber e aquilo que o padrão abusivo ou dependente acarreta, enquanto o outro parece servir aos propósitos de outra entidade.

*“E eu, sei lá... a gente, eu faço força aí, pra não ver se não dá vontade, mas tem hora que... dá um trem, **uma coisa esquisita**<sup>55</sup> **dentro da gente**... a gente parece que tem duas pes... parece é duas, **duas pessoas dentro de mim**. Uma hora eu falo que não vou beber, não vou fumar, nem nada. Aí quando dá, quando eu penso que não, já tá com um cigarro no dedo, uma bebida na boca. Qualquer coisinha é motivo pra mim estourar... pra me deixar nervoso... aí já dá aquela ansiedade pra ir pro bar beber... E isso que é chato demais (...) eu percebi que já estava se tornando um problema.” (AKHENATÓN)*

Esta manifestação de uma espécie de duplo parece apontar para aspectos que falam tanto de uma atualidade sofrida descrita pelos sujeitos, mas também parece enunciar uma verdade encoberta. Esta se revelou detectável a partir de um atalho conseguido no ato falho do pesquisador, que das reiteradas incursões no empírico, acabou por produzir uma aparente corruptela na digitação do trecho anteriormente negrito. Na “equivocada” grafia obteve-se: “uma coisa **esquecida** dentro da gente”.

Na nossa compreensão, este aspecto “esquisito” e “esquecido” dentro dessas pessoas, adotando-se a cosmovisão sistêmica, nos conduz a inferir que apontam para realidades além do sujeito singular. Esta realidade traduz-se em uma constituição interna que se mantém fiel aos padrões herdados na contínua verticalidade transgeracional que rivaliza

---

<sup>55</sup> Nesta palavra “esquisita”, eu, inadvertidamente digitara “esquecida”, ficando, inicialmente a frase “...uma coisa **esquecida** dentro da gente...”

com outra vertente que almeja a possibilidade da mudança. A consideração desta perspectiva amplia o conceito de ambivalência destacado por Miller & Rollnick (1991/2001).

Tecendo contribuições práticas e teóricas em torno do processo de mudança de comportamentos adictivos, os autores supracitados destacam existir um momento do processo no qual se instala um conflito de vontades. A pessoa deseja mudar sua relação com o álcool, por exemplo, mas concomitantemente revela existirem fatores mantedores do comportamento, ao que ele chamou de ambivalência. Nestes termos, a coexistência de justificativas para a mudança e para a manutenção de um dado comportamento adicto pode estar (e acreditamos que esteja) vinculado a um conflito de lealdades visíveis e, portanto, verbalizáveis, quanto invisíveis e perceptíveis de forma indireta.

Diante do exposto, percebemos que o pedido em torno da questão do ciclo de violências se associava com a preocupação em torno da continuidade dos possíveis prejuízos para as novas gerações. Existe o conhecimento sobre as perturbações advindas da experiência trazida pelo ciclo violento vivido com o padrasto, que se encontra atuante no presente, podendo afetar negativamente as novas gerações. O pedido de ajuda parece se direcionar para o logro de um barramento ou ruptura do ciclo violento com a finalidade de garantir uma vida diferente para os filhos.

(referindo-se ao seu pai<sup>56</sup> alcoolista e violento) *“Ele ganhava bem, ele ganhava bem. Ele fazia só feirinha... e levava pra casa. O resto ele perdia tudo na sinuca... e na bebida, né? E aquela onde de... aquela onda de violência dentro de casa. Eu acho que isso ajuda muito na destruição da gente e dos filho da gente, sabia? Que é o meu medo lá dentro de casa. É por isso que eu procurei aí (...) É. Porque eu fui criado com um padrasto... (silêncio de três segundos) que não me dava nada, só violência dentro de casa (...)Pôxa, eu, eu num lugar que não sou*

---

<sup>56</sup> De fato, ele se referia ao padrasto, mas respeitando a forma como o participante da pesquisa o chamava, adotamos o termo pai.

*padrasto, sou pai... ... e ficar dando lugar pra futuramente meus filho ficar com o juízo perturbado também?!” (SÓCRATES)*

Nestes termos, a busca pelo serviço se constitui motivada por um pedido que aponta para uma espécie de ruptura com aspectos de uma herança transgeracional escravizante e produtora de disfuncionalidades. Não se revela, contudo, em um pedido que objetive o despertencimento ou o deixar de ser herdeiro, mas que possa promover uma diferença que faça a diferença, para seus descendentes, para ele e para os ancestrais. Esta dimensão do conflito entre o desejo de não repetir o modelo do pai, mas ao mesmo tempo de não abdicar do modelo que tem para, apesar de tudo, garantir seu pertencimento e assumir sua história, será desenvolvida no indicador que segue.

## **7.2 Não ser como meu pai sem deixar de ser seu filho**

O advento do subsistema parental constitui-se no momento em que nasce o primeiro filho. A partir dessa ocorrência, o subsistema conjugal tem a tarefa de readaptar-se para o desempenho de tarefas como nutrição, socialização, controle e orientação dos filhos, sem a perda do apoio mútuo que em tese deveria caracterizar o subsistema conjugal (Minuchin, 1980/1990).

A divisão de tarefas entre os cônjuges se revela de vital importância para execução das funções paternas e maternas. Estas podem se dar conforme o modelo tradicional no qual aos pais é exigido o papel de provedor do lar, delegando-se às mães o papel de cuidado e educação dos filhos (Bradt, 1989/2007). Também podem assumir contornos conforme modelos mais contemporâneos no qual o pai é incluído para atitudes de maior envolvimento e contato afetivo com os filhos (Balacho, 2004; Brito, 2005), embora este

padrão esteja mais presente nos discursos acadêmicos e da sociedade em geral do que presente com prática permanente dos pais (Silva & Piccini, 2004).

Tem-se na família a importante função de equacionar o sentido de pertencimento e o de ser separado (individação), tornando-se, portanto, a matriz da identidade (Minuchin, 1980/1990). Neste *locus*, ambos – pai e mãe – possuem papéis de ampla importância, por servirem de modelos identificatórios para seus filhos.

Nas narrativas construídas no processo conversacional desta pesquisa, notou-se discursos em torno da presença ausente<sup>57</sup> ou completa ausência<sup>58</sup> paterna na vida dos participantes da pesquisa. Enquanto alguns haviam perdido o pai biológico em virtude dos problemas associados ao consumo de álcool, conforme destacado, outros assinalaram amplo desconhecimento sobre a origem paterna ou não terem tido a experiência de um pai efetivo.

*“Eu nunca tive contato e nem consegui meu pai (...) Nunca (...) Ela (a mãe) falava muito pouco... só do primeiro nome dele que é J (...) Minha mãe não falava muito, não era de falar muito sobre ele. Ela não falava sobre os pais dos... dos filho dela. A pobre da veia era só sofrimento, né, véi?” (SÓCRATES)*

*Meu pai ele... meu pai ele... tipo assim... meu pai se juntou com a minha mãe, começou a ter caso com a minha mãe, quando minha mãe se separou do pai dos meus irmão, né? Que dos meus irmão, do meu pai, eu sou o único, só (...) Aí teve uma situação difícil, meu pai teve uma relação com ela, aí teve, aí me teve, né? Aí, minha mãe já tinha se separado do pai dos meus irmão, entendeu? Que minha mãe pegou, os pai dos meus irmão junto com uma moça lá, junto com a empregada. Lá, em Teresina, lá. A mãe disse que lá, tinha empregada na casa, lá, aí minha mãe pegou ele com a empregada na cama dela lá. Aí, ela ficou revoltada, e, por isso,*

<sup>57</sup> Conviviam com os pais ou padrastos, mas estes eram figuras distantes e alheios aos cuidados com os filhos.

<sup>58</sup> Em um dos casos o participante não conheceu o pai e sua mãe não teve outro companheiro fixo. Em outro, o participante ficou órfão de um pai que morreu de “alcoolismo”, segundo ele. Sua mãe também não teve novo relacionamento conjugal.

*ela saiu de lá do Piauí e veio com todo mundo pra Brasília. Aí, quando ela já veio, eu já era bebê. Eu tava no bols... como se diz? Eu tava no braço dela. Eu não conheço o Piauí, não. Aí eu era bebê, a gente veio pra cá, que a minha mãe ficou revoltada com esses lance lá, não sei o que. Passou uns tempo lá no Piauí e aí ela veio embora pra Brasília e depois desse dia, nunca mais voltou (...) Tem uns 30 ano mermo. Aí, ela nunca mais voltou lá (...) **Nem conheço ele. Tenho até vontade de conhecer ele, mas eu não sei se ele tá vivo.**” (SIDARTA)*

Percebeu-se também, que embora não falassem muito dos próprios pais, a maioria dos colaboradores da pesquisa possuía comportamentos e condutas que se assemelhavam aos pais ou padrastos, seja na reprodução de violência intrafamiliar como foi destacado anteriormente ou nas questões em torno dos problemas associados ao consumo de álcool. Este indicador foi construído a partir da escuta dada à dimensão paterna na vida desses sujeitos, que nos contornos constituídos da narrativa produzida, nos propiciou esclarecimentos em torno de elementos que modularam uma expressão de demanda.

Na infância desses sujeitos, diante da ausência física desses pais genitores, percebeu-se uma busca dos mesmos em direção a obtenção de informações ou narrativas sobre os pais biológicos, talvez para apaziguarem sentimentos internos doloridos e preencher o vazio em virtude do hiato produzido pela falta do pai. Sobre este tema, diversos autores fizeram estudos e contribuições sobre os possíveis efeitos sobre os filhos em torno da presença e ausência paterna.

Nos primeiros 18 meses de vida de uma criança, a ausência ou perda do pai neste período pode contribuir para distúrbios do comportamento e efetivos problemas reconhecidos apenas mais tarde (Tyson & Tyson, 1990/1993). O abandono paterno e a ausência afetiva de um pai podem ocasionar danos psicológicos persistentes (Pereira e Silva,

2006). Das possíveis disfuncionalidades mais significativas, a literatura aponta o empobrecimento do bem estar psicológico; a baixa auto-estima; o envolvimento sexual precoce podendo resultar em gravidez não desejada; a dificuldade de envolvimento em relacionamentos íntimos; a dificuldade de desenvolvimento de autonomia e possíveis envolvimento com o abuso de bebidas alcoólicas, drogas e tabagismo e envolvimento em atos infracionais e crimes podendo resultar em encarceramentos (Ellis *et al*, 2003; Farrel & White, 1998; Goving & Stein, 2004; Lang & Zargorsky, 2001; McMunn *et al.*, 2001; Sudbrack, 1992; Spurijt *et al.*, 2001)

Em contrapartida, a presença efetiva dos pais pode implicar em importantes efeitos positivos na saúde mental dos filhos. Flouri e Buchanan (2003) promoveram estudos que apontaram evidências que a presença paterna pode proteger os filhos de futuros desajustamento psicológicos e estresse. Pesquisas longitudinais apontaram para destacadas influências paternas na vida dos filhos, principalmente no ajustamento psicossocial, satisfação no relacionamento conjugal futuro e relato de sentimento de segurança em crianças entre 6 e 10 anos de idade (Burns & Dunlop, 1998; Franz, McClelland & Weinberger, 1991; Grossmann, Grossmann, Fremmer-Bombik et al, 2002).

Adicionalmente, percebemos que enquanto homens, a busca por histórias sobre o pai biológico parecia constituir-se enquanto a reivindicação do direito ao conhecimento sobre sua origem e linhagem paterna, buscando-se, desta maneira, conferir vinculação e, principalmente, pertencimento. A curiosidade em direção à paternidade pareceu-nos indicar a necessidade da constituição de uma figura paterna capaz de servir enquanto modelo identificatório e direcionador do como ser e agir como homem adulto.

Em termos psicológicos, contemplando a dimensão intrapsíquica, não se trata somente de internalizar a história de sua linhagem parental e de modelo identificatório, mas também da busca por uma intervenção estruturante do ponto de vista do inconsciente. A

internalização da lei do pai em seu sentido simbólico demarcaria a introjeção do interdito ao desejo inconsciente da criança de dormir com sua mãe. Por meio do Complexo de Édipo, inauguraria-se a constituição psíquica capaz de suportar normas em qualquer cultura (Freud, 1996/1897, 1996/1905, 1996/1914).

Sobre isto, complementarmente às ideias expostas, Cestari (2008) destaca que o sentido que o termo “pai” adquire para o sujeito estaria vinculada “ao sentido que a mãe reconhece nesse nome, à importância que ela atribui à sua palavra (que significa a lei) à sua autoridade” (p. 80). Segundo a autora, a recusa dessa mãe em reconhecer a função do pai enquanto representante dessa lei, associada à negação da lei pelo filho, no imaginário, provocaria a permanência da criança subjugada à mãe, em uma relação incestuosa.

Desse modo, ter-se-ia uma triangularidade na qual o terceiro componente seria o pai (e a lei representada por este) em uma presença de falta. Em outros termos, no âmbito da relação (espaço extrapsíquico), poderíamos dizer que a presença de triangulações (Bowen, 1976; Andres, 1971, citado por Nichols & Schwartz, 1998), anteriormente detalhadas, destacaria a disfuncional proximidade entre mãe e filho em virtude da ausência paterna ou presença ausente do pai ou padrasto.

Nestes termos, a busca pela história do pai biológico pareceu-nos indicar três tempos e pedidos. Teria um sentido de pedido pelo resgate do passado como forma de integrar-se a ele e nele perceber um eixo unificador e de continuidade entre pai e filho. Este visaria confirmar o pertencimento do filho na linhagem paterna e dos ancestrais deste, ratificando o nascimento no mundo real.

No presente, a presença do pai pelo discurso da mãe ao ser inquirida pelo filho, remeteria ao pedido deste pela instauração da lei simbólica. Esta, por meio de sua natureza estruturante, possibilitaria a internalização da autoridade e conferiria ao filho um nascimento psicológico.

Por fim, uma vez logrado o pertencimento a um passado e incorporado suas tradições, a lei simbólica e a dimensão protetora da autoridade paterna, constituir-se-ia em permissão para a busca por autonomia e constituição da própria identidade, inaugurando-se o nascimento do sujeito social e direcionado para o mundo.

No entanto, como as histórias sobre os genitores possuíam lembranças dolorosas para as mães dos participantes da pesquisa, percebeu-se que por aliança a essas mães, evitava-se buscar aprofundamentos sobre o tema paterno. Tem-se a instauração de um conflito de lealdades, denominado por nós por *lealdades pluriclivadas*, termo este optado para diferenciar do conceito original denominado “*lealdades clivadas*”.

Segundo Boszormenyi-Nagy & Spark (1973/2008), conceito de “lealdades clivadas” define o fenômeno no qual o filho que se encontra cativo do conflito conjugal, só podendo ser leal a uma das figuras parentais, sendo que essa lealdade implica na concomitância da deslealdade com a outra figura. Destaca-se, como bem observado por Miermont (1987/1994), que a simples presença de conflito parental não induz, por si só, uma lealdade clivada. Para a eclosão desta, tem-se como fator essencial o envolvimento incondicional do filho nesse conflito e a exigência de um posicionamento diante das demandas parentais.

Neste conceito, os autores fazem menção à presença de três participantes. Dois deles delegam posicionamentos inconciliáveis a um terceiro. Da impossibilidade de posicionar-se sem ser desleal a uma das partes, tem-se o estabelecimento de uma lealdade clivada. Revela-se pertinente destacar que o conceito citado não fala sobre algo que é demandado aos pais pelo filho.

Na pesquisa observou-se existir uma tensão entre ser leal a si mesmo e resgatar a própria origem e ser leal à mãe, que determinou a proibição silenciosa sobre o falar “dos pais dos filhos dela” (fala de um dos participantes). Ao mesmo tempo, não excluimos a



possibilidade da existência de uma lealdade ao pai por parte do filho, em não aceitar o sepultamento daquele imposto pela mãe.

*“Pesquisador: Mas sua mãe falava dele pra você?”*

*Participante: Falava. Ela falava muito pouco...*

*Pesquisador: O que você conhece do seu pai que a sua mãe falava?*

*Participante: Rapaz, só do primeiro nome dele. Que é J. Foi o primeiro nome dele que eu sei.*

*Pesquisador: E você conhece alguma história que ela contava sobre ele?*

*Participante: Não, não. **Minha mãe não falava muito**, não era de falar sobre ele*

*(...) **A pobre da veia era só sofrimento**, né, véi?*

*Pesquisador: Você chegava a perguntar pra ela como é que era?*

*Participante: Não... **Eu não procurava, só ficava triste, né? Mas, eu só procurava ela... eu só procurei ela, procurei ela pras vezes assim, que... quando ele morava... o... como é que era nome dele? Só que ele nunca... ela falava o nome dele, né? Que é J., mas o resto do nome dele, ela não sabia, né? Não sabe, né?”***

(SÓCRATES)

Dessa maneira, percebemos a coexistência de três personagens e três demandas de lealdade: 1) o calar-se e nada perguntar sobre o pai biológico como forma de ser leal à mãe ao não fazê-la sofrer mais; 2) o buscar conhecer as suas origens como forma de lealdade a uma necessidade pessoal e existencial e 3) buscar conhecer as narrativas sobre o pai como forma de preservar a presença da história do genitor e da existência deste e de sua linhagem de ancestrais, nem que seja na memória dos descendentes.

Diante disso, defendemos a inserção de um novo termo denominado *lealdades pluriclivadas*. Entendemos que existe a disputa de três demandas de lealdade e não duas, como disposto no conceito original. Pensamos que os participantes da pesquisa enquanto

filhos que não conheceram seus pais, também mantêm um conflito de lealdade consigo mesmos. Caso recusem buscar suas origens, além de traírem a preservação da presença do pai, estarão traindo a si mesmos, enquanto sujeitos desejantes de possuírem um pertencimento à linhagem paterna.

A expressão do interesse em conhecer o pai ou a história deste significa, concomitantemente, buscar saber sobre o ex-marido, o ex-companheiro ou o caso que se relacionou com essas mães, mas que não permaneceu. Desperta fatos adormecidos sobre o desejo de uma continuidade relacional com parceiros que quiseram apenas um encontro casual, sem maiores responsabilidades, mas resultando em possíveis gravidezes não planejadas. Reavivam-se memórias em torno do “*ser mãe que cria os filhos sem a figura paterna*”<sup>59</sup> em uma sociedade marcadamente patriarcal e numa época de ditadura militar no Brasil, no período no qual essas mulheres cuidaram de seus filhos, sem a assistência dos pais dessas crianças.

A literatura aponta para as implicações negativas envolvendo as mães que cria os filhos sem a figura paterna em aspectos demográficos, psicológicos e sociais vividas nesta configuração. Estudos apontam que as mães solteiras tenderiam a apresentar mais problemas relacionados a baixa renda (Lipman, Boyle, Dooley & Offord, 2002). Outros trabalhos apontam sobre a maior necessidade de redes de apoio social, em decorrência de um maior isolamento social (Heck & Parker, 2002); tendência a passar por mais eventos negativos na vida (McLanahan & Booth, 1989), a apresentar altos índices de estresse (Jackson, Brooks-Gunn, Huang & Glassman, 2000) e de depressão (Carney, Boyle, Offord & Racine, 2003; Lipman, Boyle, Dooley & Offord, 2002). Adicionalmente, este perfil de mães tenderia a apresentar menores níveis de escolaridade, o que tanto pode dificultar sua inserção no

---

<sup>59</sup> Preferimos usar esta terminologia ao invés do termo “mães solteiras” por percebê-los evitados de preconceitos e conservadores de significações diminuidoras dos seres humanos do gênero feminino.

mercado de trabalho como possibilitar atividades laborais de menor prestígio e mal remuneradas (Hilton, Desrochers & Devall, 2001).

Em estudos nacionais sobre mães solteiras, o trabalho de Souza (2002) se destaca. Estudando a experiência da maternidade em mães solteiras em classes sociais menos abastadas, constatou o não planejamento das gravidezes e a ausência paterna no cuidado dos filhos. Também percebeu no depoimento das mães temas como desumanização, preconceito, estigma, solidão, humilhação, pobreza e desamparo, experiências estas relacionadas à maternidade percebida como algo negativo por elas. No estudo feito por Ferrari (2001), ao examinar as implicações da ausência paterna na maternidade, foram catalogados temas como sentimentos de tristeza, ansiedade e revolta.

A partir do diálogo anteriormente destacado, orientando-nos pela fala do participante da pesquisa, que ilustra a situação em outros colaboradores da pesquisa, entendemos que a recusa dessas mães em resgatar essas histórias conjugais interrompidas possui ancoragem em uma miríade de sentimentos negativos ativados pela lembrança. Com foi mostrado, sentimentos de tristeza e sofrimento em suas mães foram apontados pelos participantes enquanto filhos de mães solteiras.

Complementarmente, considerando-se a perspectiva transgeracional, resgatar as histórias dos pais dos filhos seria como ativar as histórias dessas mães vividas com seus pais enquanto filha e testemunha da dinâmica conjugal desses pais. Significa poder perceber que as escolhas feitas seguiram um padrão daquilo que era familiar, permanecendo a repetição de prováveis circunstâncias já vivenciadas. Como destacou Nichols & Schwartz (1998):

Para onde quer que vamos, carregamos a reatividade emocional não resolvida com nossos pais, sob a forma de uma vulnerabilidade para repetir os mesmos antigos padrões em todo relacionamento novo e intenso em que entramos. (p. 309)

Desse modo, os colaboradores da pesquisa, enquanto filhos, mantiveram-se fiéis ao papel de evitar o sofrimento da mãe e, portanto, permanecendo eles tristes, evitando-se assim o resgate de lembranças que pudessem causar desconforto e sofrimento de suas genitoras. Percebemos que esses filhos eram mais sensíveis aos sentimentos das mães, chegando à capacidade de verbalizar como, possivelmente, elas se sentiam enquanto mulheres de filhos sem pais presentes.

Por outro lado, delineou-se que esses filhos, pareciam tentar trazer para si, o sofrimento da mãe, como se isso pudesse aliviar o peso que aquelas mulheres carregavam dentro de si. Este aspecto nos remete ao conceito de demanda desenvolvido por Neuberger (1984) e discutido no **Capítulo 2**. Se por um lado tem-se a diluição dos elementos constitutivos da demanda no contexto sócio-familiar do bebedor, podemos dizer que isso ocorra porque, numa perspectiva sistêmica, deste sujeito é exigido que sofra por situações ou coisas alheias a ele. Os filhos que recebem a delegação de apartarem a tristeza da mãe e a trazem para si, como nos foi revelado, estaria fadado a carregar um fardo estrangeiro a ele. Ser responsável por sofrer o sofrimento do outro, os impediria de sofrer sua própria dor. Se os sujeitos não se revelam, comumente, enquanto sujeitos da própria demanda, suas mães (e talvez outros familiares) também não o são. Nestes termos, a tristeza da mãe e a tristeza dos filhos, de naturezas distintas, mas com pontos de intersecção, passariam a se constituir como “(...) uma tristeza só (...)”.

(Falando sobre a dificuldade de sua mãe falar sobre o pai dele): **“Eu não procurava, só ficava triste, né? Mas, eu só procurava ela... eu só procurei ela, procurei ela pras vezes assim, que... quando ele morava... o... como é que era nome dele? Só que ele nunca... ela falava o nome dele, né? Que é J., mas o resto do nome**

*dele, ela não sabia, né? Não sabe, né? Ele dizia que ele morava em Belo Horizonte, né? Eu só sei que é uma tristeza só...*” (SÓCRATES)

*“Que os homem deixa jogado aí. Tipo usa a mulher tipo cachorra, né? E aí, eu... o que me machuca mais é a lembrança.”* (SÓCRATES)

*“E nessa viagem que ela veio, meu pai, meu pai... por isso eu tenho raiva do meu pai, do meu pai que me fez, que... que minha mãe não quis ele, porque ele era casado, né?”* (SÓCRATES)

A manifestação do ato de lealdade a essas mães, expresso no não resgate do passado da parentalidade com o genitor e dos possíveis segredos e não ditos familiares relacionados com essa dimensão, não excluiu o cumprimento de outros níveis de lealdade. Estas se fizeram cumprir sorrateira e silenciosamente e reestabeleceram uma conexão na verticalidade multigeracional. Sem sabê-lo, alguns sujeitos se tornaram como os pais. Cumpriram as expectativas em preservar o elo entre os ancestrais e os descendentes. Esta constatação se deu mais tarde, confirmada pelas próprias mães desses filhos, que reencontraram os ex-companheiros, nas atitudes dos respectivos filhos.

*“Minha mãe deixou ele. Falou que ele era maior pobre. Ele era carpinteiro. Ele era carpinteiro. Minha mãe falou, que ele bebia pra caramba. Que bebia muito mermo. Também falou que ele era bom. Ela **falou assim, que eu puxei pra ele.** E ele era bom demais pros outro... só era ruim pra ele mermo. Ele também pegava os cheque dele e estourava tudo, (riso), era mentiroso, que eu também sou mentiroso, não vou mentir. Eu quando era pra mentir, minto mermo. E nisso que o cara cai mermo. **Minha mãe disse: ‘Rapaz, você puxou pro seu pai mermo.’ O bicho era cachaceiro, mentiroso, (riso).** Aí eu falei: **‘Então eu puxei pra ele mermo.’** Que o*

*bicho era mermo, mentiroso mermo. Mentia mermo, que todo mundo caía na lábia dele. Inclusive minha mãe, quando teve caso com ele, quando eu nasci, foi por causa de mentira. Pra você ver, (riso), o bicho era bom, o bicho era bom de papo, de mentira mermo (silêncio de dois segundos.) Só que eu não gosto de mentir, não, véi. Porque mentira, mentira tá me prejudicando muito, a gente, a gente... mentira não vale a pena, não, porque, eu acho, porque... pô, se mentira fosse levar em alguma coisa, eu já taria numa boa, né? O cara tem que falar a verdade, porque mentira tem perna curta, acaba descoberto.” (SIDARTA)*

A confirmação da semelhança com o pai feito por estas mães parecem reavivar um sentimento de pertencimento destes filhos, que se revelam contentes por serem parecidos com o respectivo pai. Isto foi percebido nos sorrisos e risos explicitados pelo participante ao longo de sua descrição sobre as semelhanças entre ele e o pai, no exemplo acima.

Entretanto, eles percebem em si características negativas como o problema com o beber, dentre outras características indesejáveis também atribuídas ao pai. Estabelece-se o conflito entre ser como o pai e, portanto, perpetuar todo legado recebido e o apartar-se de alguns aspectos herdados e, dessa maneira, trair os ancestrais e negar parte da herança. Como se rejeitar parte desta significasse negar parte de si mesmo e perder parte do pertencimento que tanto buscou. Destacamos um trecho de uma fala anteriormente citada:

(Citando a descrição do pai dele que nunca conhecera feita pela primeira vez por sua mãe): *“Minha mãe disse: ‘Rapaz, você puxou pro seu pai mermo.’ O bicho era cachaceiro, mentiroso, (riso). Aí eu falei: ‘Então eu puxei pra ele mermo.’ (...) Inclusive minha mãe, quando teve caso com ele, quando eu nasci, foi por causa de mentira. Pra você ver, (riso), o bicho era bom, o bicho era bom de papo,*

*de mentira mermo (silêncio de dois segundos.<sup>60</sup>) Só que eu não gosto de mentir, não, véi. Porque mentira, **mentira tá me prejudicando muito**, a gente, a gente... **mentira não vale a pena**, não, porque, eu acho, porque... pô, **se mentira fosse levar em alguma coisa, eu já taria numa boa, né?** O cara tem que falar a verdade, porque mentira tem perna curta, acaba descoberto” (SIDARTA)*

A tessitura complexa entre o afastar-se de alguns aspectos sem deixar de pertencer ou se tornar um traidor por negar a herança recebida produz profundos conflitos. Esta tensão interna produz sensações e sentimentos que muitas vezes não podem ser expressos em palavras, uma vez que nem sempre se consegue o significante adequando para significar aquilo que se pretende dizer. Desta impossibilidade, revela-se no ato o que não se consegue expor na fala. O ato de beber, entre esses colaboradores da pesquisa, passa a assumir uma tarefa adicional, servindo como um anteparo auxiliar no lidar com essas dificuldades, maneira esta provavelmente condizente com os padrões herdados de lidar com situações conflitantes.

*“Ninguém bebe pra encher o bucho, né? Ele te deixa é... **ele te deixa é... diferente** do que você amanhece no dia, né?” (SÓCRATES)*

*“Porque a bebida pelo menos, deixa o cara **alegre**, o cara **chora**, o cara **tá revoltado**, o cara **já desabafa!** Às vezes, ele não tem coragem de falar quando tá bom, mas quando ele tá bêbado, ele vai e fala (...) **tem muita gente que usa a bebida pra contar o que ele tá ali, estourando dentro dele. Pra desabafar.**” (SIDARTA)*

---

<sup>60</sup> Aqui entendemos ter ocorrido uma ruptura no discurso, onde o participante que ser como o pai era bom, mas também tinha suas desvantagens como ser um mentiroso que não estava conseguindo deslanchar na vida, assim como o pai fora.

*“Então você sente uma angústia dentro... do coração, da alma, né? Sente aquela angústia e nesse momento você... tem uma fraqueza, né? Vem aquela fraqueza assim que você pensa... né? Um... um... um... da, da... você pensa em... em... em... em... se eu pudesse beber alguma coisa e tal, entendeu?” (MOZART)*

Diante deste conflito e da dificuldade em encontrar uma resposta para o complexo desafio de *não ser como o pai, mas sem deixar de ser filho* resulta por produzir oscilações, criando espécies de pseudo-autonomias, onde nem se encontram completamente individuados e nem completamente fusionados com suas mães. O ato de beber parece criar um espaço que produz uma zona que põe em sobrestado a necessidade de resolução do conflito e caracterizando um movimento oscilatório.

*“Sabe?! Essa ansiedade entendeu? Com álcool eu sempre tô assim, uma hora lá em cima outra hora lá em baixo, entendeu? É isso aí, sobe e desce.” (JEOVÁ)*

Sabe-se que o desenvolvimento dos seres humanos faz-se marcado por diversas fases e níveis de dependência da influência externa. Os recém-nascidos e os infantes pequenos dependem imensamente dos cuidados de seus pais. Durante o processo de independência esta dependência vai diminuindo e o indivíduo vai assumindo, paulatinamente, um grau cada vez maior das funções de auto-manutenção e auto-direção. Este processo de emancipação pode ser compreendido como um refinamento estrutural crescente do sistema interno do indivíduo, que visa potencializar o mesmo no processo de discriminação entre fatos internos e externos, o que pode resultar na capacidade de manter determinados limites. Esta capacidade discriminativa estaria ligada à autonomia (Simon, Stierlin & Wynne, 1984/1988).

Cabe destacar, portanto, que a autonomia não se constitui em independência absoluta da influência do contexto. Como observou Colle (1996/2001):



Ser autônomo é adquirir graus de liberdade num meio no qual cada um de nós se encontra numa posição de dependência. É isto que torna os seres humanos interdependentes (...) a dependência é obrigatória e vital para nossa espécie. De um ponto de vista individual, a morte é a única forma de independência absoluta. Mas, à medida que crescemos, a independência relativiza-se: não passa da expressão da co-evolução das pessoas nos vínculos de dependência (pp.109-110).

Depreende-se do posicionamento deste autor que o processo de autonomização requer a consideração do sujeito em contexto. Deste modo, exige-se a negociação, entre os pares envolvidos na dimensão sócio-familiar, sobre os possíveis níveis de proximidade e afastamento caracterizadores da relação dos membros neste sistema. Considerando-se a vida desses sujeitos e a dificuldade do equacionamento entre *o não ser como meu pai, sem deixar de ser filho* do mesmo, associado às exigências de lealdade da mãe, a possibilidade de autonomia verifica-se comprometida, uma vez coexistem interditos barradores de uma renegociação da dinâmica familiar.

Não obstante, a ideia de co-evolução implica na não estabilidade dos sistemas, uma vez que se encontram em constantes trocas com seus meio. Isso implica na possibilidade dos sistemas possuírem a capacidade de modificar suas estruturas, quando se produzem novas trocas em seu meio. Alguns autores concordam com esta afirmação e complementam dizendo que os novos câmbios realizados podem produzir níveis mais elevados complexidade neste processo, o que potencializa a probabilidade de sobrevivência dos mesmos. Dessa forma, o ecossistema, ao produzir complexidade organizada, alimenta as auto-organizações, que produzem complexidade organizada que, por sua vez, nutre os ecossistemas (Morin, 1986/2005; Simon, Stierlin & Wynne, 1984/1988; Vasconcelos, 2002/2008).

Em uma das narrativas, a introdução de uma nova variável na vida de um dos participantes desfez, em parte, a configuração descrita anteriormente em torno dos impedimentos rumo a novos níveis de autonomia. A ausência física de um pai ou de um substituto, não resulta na impossibilidade da existência de alguém que venha a exercer a função paterna. Alguém que venha a desempenhar a citada função, mesmo que temporariamente, pode permitir a constituição de novas possibilidades enquanto modelo parental. Observou-se que a existência de uma figura parental positiva do gênero masculino promoveu desorganizações evolutivas no sistema que resultaram em bifurcações capazes de fornecer novas orientações e perspectivas.

Em um dos colaboradores, a existência de um chefe que o tratava de uma maneira diferente e que lhe aconselhou de uma maneira como se fosse um pai, possibilitou uma experiência que foi marcante. Desta situação, o sujeito não apenas suspendeu seu consumo, como resolveu buscar recursos em um serviço especializado.

A relação que mantivera com esse patrão, parece ter se constituído de uma maneira que se estendeu de uma vinculação entre empregador e empregado para uma espécie de relacionamento entre pai e filho. Talvez, na historicidade deste chefe existisse algo que ressonou com a história de vida do colaborador da pesquisa. Do encontro de ambos, foi possível a construção de novas circunstâncias, talvez para ambos.

*“O que foi marcante, cara, que ele falou comigo assim, como se fosse meu pai. Com educação, com conselho, como se fosse um amigo, entendeu? Uma coisa que eu nunca tinha ouvido de ninguém. Nem dos meus irmãos. Você entendeu? Eu acho que... não, só da minha mãe. Só da minha mãe. Que eu já ouvi ela dizer que desse jeito eu não ia parar nunca em emprego algum”. (SIDARTA)*

*“Foi o primeiro homem que falou pra mim. Eu acho que foi o primeiro homem. Nem meus amigos, que são meus amigos, que vivem desde de pequenininho, desde que a gente era criancinha, nunca falou isso pra mim. Aí, ficou marcante, ‘rapaz, eu acho que eu tô errado mermo, bicho.” (SIDARTA)*

*“Aí ele: ‘Se você não consegue parar sozinho, procura um A.A., qualquer coisa aí e vai se tratar M., porque tu é uma pessoa boa, tu é um cara trabalhador, porque do jeito que eu tô vendo aí, M., Você não vai parar em emprego nenhum não, cara. Ninguém vai te querer, não. Tô te falando sério! Aí, ele foi bem sincero comigo, e é verdade. Então eu gosto é de ver a sinceridade da pessoa. Cê entendeu? Aí eu falei: ‘Tá beleza, então. Eu vou procurar.’ Aí foi por causa disso. Depois que ele falou isso, depois que eu saí da loja, eu nunca mais bebi, não. Nem fumar eu fumei. Que eu também, só fumo mais quando eu tô bebendo, né?” (SIDARTA)*

Do conselho recebido do patrão-pai, o participante da pesquisa pode acessar uma narrativa a respeito de si mesmo diferente daquela construída a partir da perspectiva pessoal. Ele, como o pai, identificava-se como uma pessoa pobre, um bebedor compulsivo, bom para os outros e ruim para si, gastador e mentiroso. A partir da fala do patrão-pai, este ser humano foi descrito como alguém trabalhador, boa pessoa, que precisa de ajuda para mudar sua relação com o álcool e capaz de obter êxito. Tanto é que assegurou um trabalho quando o mesmo estivesse melhor em relação ao beber compulsivo.

*“É, a primeira pessoa que me falou isso. Patrão meu. Os outro não, os outro só virava as costa e pronto. E ele falou assim: “No dia que você tiver de boa, se você quiser voltar pra cá, você pode voltar.” (SIDARTA)*

Neste exemplo, a conotação positiva construída de maneira genuína pelo patrão/pai foi capaz de constituir uma nova narrativa a respeito de si mesmo no colaborador. A representação de um patrão/pai “educado”, “conselheiro” e “amigo”, parece ter servido de modelo identificatório alternativo, que possibilitou uma mudança de atitude.

Em termos da busca no serviço, entendemos que pela narrativa apresentada tem-se um pedido pelo pai que fora negado pelas mães, talvez motivadas pela intenção de proteção dos filhos. Pensamos que o pedido se direciona pela busca de um terceiro organizador que possa libertá-los da escravidão da herança recebida sem perda do pertencimento, para que a partir disso possam, ao se perceberem devidamente pertencentes, poderem iniciar seu processo de individuação e alcançar o nascimento do sujeito social e direcionado para o mundo.

### **7.3 Descasamento dos filhos-esposos e dos esposos filhos: um pedido pela ruptura da maternagem conjugalizada e da conjugalidade parentalizada para individuar-se**

Da citada ausência paterna ou presença ausente de pais ou padrastos, alguns desses co-autores da pesquisa revelaram exagerada proximidade com suas mães. Em alguns casos, a díade mãe-filho revelou-se intensa ao ponto de acabar por exigir outras funções adicionais ao papel filial. Esses filhos foram parentalizados (Boszormenyi-Nagy & Spark 1973/2008; Penso, 2003; Penso & Sudbrack, 2004) e passaram a exercer um papel de protetores das mães contra as violências produzidas por padrastos ou pais alcoolistas. Representavam a referência na família, apesar da existência de irmãos e outros membros no sistema familiar nuclear.

*“Tive, tive um padrasto muito ruim. Inclusive foi esse padrasto que deu uma pausada na cabeça da minha mãe. Se eu não entro por baixo, tinha matado ela (...) Da pau... pausada, pá! Foi uma pá que cortou... quando eu entrei por baixo, defendendo (...) Osso? Eu não lembro bem, certo? Se chegou a quebrar algum osso aqui, dessa parte aqui. Esse braço, eu me lembro como se fosse hoje, que ficou pendurado. Ele ficou pendurado nessa parte escura aqui, entendeu?”*  
(SÓCRATES)

*“Eu já perdi a minha mãe (...)”<sup>61</sup> Família pra mim não era meus irmão, não. Era só minha mãe mermo. Nossa, eu tô até com a cabeça doendo, meus Deus do céu! (silêncio de três segundos) Só de pensar assim, dá uma dor assim (...) Ai, meu Deus... (silêncio de 13 segundos) (...) Ah, rapaz. Eu me sinto muito mal quando eu penso nisso. De ver minha família assim... me sinto mal mermo.”* (SÓCRATES)

Em outras situações, parecia existir uma aliança na qual estes filhos funcionavam como provedores do lar, sentindo-se responsáveis pela execução desse papel e descontentes quando não desempenhavam o mesmo.

*“Aí eu fiquei numa depressão danada! Aí eu fal... fiquei assim: “Mas rapaz, que diabo foi que eu fiz na minha vida?!” e tal... e toda vez que eu... igual meu patrão, falou, né? ‘Pô, M., toda vez que tu recebe... no outro dia tu chega quebrado!’, não sei o quê. Aí já ficava desconfiado, né? Que eu tava gastando tudo, na farra mermo! Não dava nada pra minha mãe, bicho...”* (SIDARTA)

*“Aí ela comprou um barraco lá na invasão e na invasão, era cheio de mal elemento mermo. Então eles achava que eu também era, né? Que gostava da*

---

<sup>61</sup> Pronunciada acompanhada de choro.

*gandaia, que sempre tava limpinho, cheirozinho... dinheiro no bolso, todo tempo, que dava dinheiro pra minha mãe, que eu sempre ajudei a minha mãe. Ganhava dinheiro que nem água, vivia na pinta, no grife mermo, como se diz hoje, os barões, né? Aí o pessoal acha que você é ladrão, né? Que você faz roubo, né? Sendo que você tá ali suando, tá ali lutando, né? Aí você sai de baixo de um carro sujo de graxa aí, tá limpinho e sai sujo de graxa.” (SÓCRATES, falando sobre seu antigo serviço como ajudante de mecânico de automóveis no início de Brasília)*

Observou-se também uma vinculação dos filhos com suas mães que transpareciam uma dependência daqueles por estas. As responsabilidades de cuidados e educação das filhas, de arcar com as despesas assumidas e de provimento do lar são assumidas pela mãe.

*“Era complicado, né? Porque eu desempregado? **Dependendo de mãe, né? Minha mãe criando minhas filha. E a mãe delas, foi viver a vida dela. E, com o tempo, as meninas já estavam adolescente, que ela entrou na justiça querendo ver as meninas aos fim de semana. Que ela ficou três ano sem ver as menina. Via as menina na porta do colégio (...)** E eu sempre no álcool, sempre no álcool, sempre... bêbado, não participando de nada ... porque ... bêbado, né? Não participa de nada.” (TESEU)*

*“Mas a minha mãe foi tão... família, né? Minha mãe, em si... que me ajudou a, a quitar essas nove atrasada.” (TESEU, falando da ajuda da mãe que pagou nove prestações atrasadas de um táxi que comprara em São Paulo)*

*“Então eu fiquei uns 20 dias bebendo direto, sem parar e bebendo, bebendo, e minha mãe resolveu ir pra lá pra resolver a minha situação.” (TESEU)*

Destaca-se o beber como um regulador para justificar, por um lado, a dificuldade de responsabilizar-se pelas exigências da vida. Se em um primeiro momento o termo “bêbado” revela-se com natureza adjetiva, qualificando o termo “eu” destacado, *a posteriori*, aquele termo assume uma qualidade substantiva. Entendemos que o estar bêbado serve para des/responsabilizar a pessoa que bebe e colocar o “bêbado”, o embriagado como foco do problema. Desta maneira, outros níveis de dependência com a mãe, por exemplo, ficariam distanciados, protegidos e até justificados.

Em outros casos, percebemos que a proximidade com as mães engendrou a expectativa de exercício de tarefas adicionais ao papel de filho parentalizado, protetor da mãe ou dependente desta. Esta dimensão de relacionamento destacou-se nas narrativas apresentadas evocando-nos a pensá-la em termos de indicador a ser discutido. Nestes casos, a intensidade da vinculação com as mães revelou a existência de um padrão de relacionamento no qual os filhos funcionavam como sendo companheiros/esposos da própria mãe, o que estabelecia uma *maternagem conjugalizada* como forma de relação dessas mães com seus filhos.

*“Não, só... é. Por enquanto, é eu e minha mãe. Mas eu tenho... uns irmão, né? Que tá todo dia em casa, meu irmão mora nos fundo, mas mesmo na casa, só eu e minha mãe.” (TESEU)*

*“Teseu: Estou morando com a minha mãe.*

*Pesquisador: **E a sua mulher?***

*Teseu: A **minha mãe.**” (TESEU)*

De acordo com Minuchin e Fishman (1981/1985) uma das tarefas vitais do subsistema conjugal se refere à fixação de limites que proteja os cônjuges e permita que

possam usufruir de espaços para satisfação de suas necessidades enquanto casal e indivíduos, sem que isso implique no afastamento de parentes, filhos ou outras pessoas. Nestes termos, as fronteiras de um subsistema seriam as regras que definem quem participa e como, tendo a função de proteger a diferenciação do sistema (Minuchin, 1980/1990).

No entanto, quando existe alguma disfunção no subsistema conjugal, isso repercutirá em toda a família. Em pesquisa realizada por Penso (2003) na qual a autora logrou conhecer como as dinâmicas familiares influenciavam o processo de construção identitária de adolescentes envolvidos com drogas e atos infracionais, foram encontradas situações de filhos que desempenhavam papéis de companheiros das mães ou quase maridos. Como efeitos dessa situação, a pesquisadora percebeu prejuízos significativos no processo de construção de uma identidade própria por estes adolescentes, uma vez que são exigidos em construir uma identidade em torno das necessidades dos pais. Deste modo, o desenvolvimento dessas famílias fica paralisado, ao mesmo tempo em que seus membros ficam impedidos de desabrochar uma identidade própria, permanecendo ambos *congelados no tempo* (Steinglass *et al*, 1987/1997).

Satir (1967/1988) destaca que muitas uniões maritais são feitas por pessoas com auto-estima baixa e que procuram no outro uma maneira de apartar essa condição. Por terem visto um no outro a extensão do próprio *self*, logo percebem que o outro não tem condições ou disposições para cumprir com tais expectativas. Dessa maneira, passam a se rechaçar mutuamente e, não raramente, buscam em um filho eleito aquilo que não conseguiram obter com o parceiro ou um dos filhos acaba ingressando no subsistema conjugal, por estar demasiado sensível às necessidades parentais. Nestes termos, esse filho permanece cativo e disponível para minimizar as tensões conjugais e no sistema familiar.



Em alguns casos, percebemos tentativas em busca de maior autonomia e separação da relação fusionada com essas mães. Alguns focaram mudanças de atitudes e condutas como forma de estarem mais “independentes” dessas mães.

*“Às vezes, eu bebia por causa da minha mãe, né? Porque minha mãe bebia também, né? Agora, não. Eu sou de maior, eu não sou mais criança, tem que botar na cabeça, se minha mãe comer doce, agora eu vou comer doce? Se a minha mãe ficar doida e querer comer bosta eu vou comer bosta? Não, hoje eu fico com pena, vamos supor, eu não posso ir pro médico por causa da minha mãe, não! Entendeu? Por exemplo, minha mãe fuma direto, eu parei de fumar. Tava sendo difícil, mas eu parei. Tem duas semanas, que eu não fumo.”*  
(SIDARTA)

*“Aí se ela bebe, eu vou querer ficar bebendo, vou nada, moço! Mas, eu acho assim, que Deus me colocou nesse lugar pra abrir minha cabeça e disse: “Não, meu filho, você tem que... senão você vai tomar taca.” Porque eu bebo, mais do que a minha mãe, fí.”* (SIDARTA)

Diante da dificuldade de lidar com o conflito decorrente da busca por autonomia sem romper com o pertencimento e a fidelidade com os acordos invisíveis feitos com essas mães, observamos o consumo de bebidas alcoólicas como regulador das tensões e denunciador das disfuncionalidades existentes no sistema familiar (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973/2008; Steinglass *et al*, 1987/1997). Na condição de embriaguez ou ressaca, alguns revelaram atos de violência verbal contra as próprias genitoras.

Entendemos desta situação que o beber servia para manter a situação relativamente intacta, freando a mobilização por autonomia, o que os mantinha fieis às

genitoras-esposas. Concomitantemente, possibilitava uma maneira indireta de revelar a presença da insatisfação e raiva por estarem presos a uma condição contra a própria vontade, ao mesmo passo que denunciavam a necessidade de mudança na díade parental.

No entanto, percebeu-se que estas vivências eram marcadas por culpa, uma vez que, embora os motivos em prol da individuação fossem legítimos, eram exigidas de formas difusas e desorganizadas. O acentuado fusionamento de *selves* pouco diferenciados entre mães e filhos, impedia o segundo de conseguir separar os sentimentos dos pensamentos. Neste sentido, suas respostas se davam de forma impulsiva e mobilizadas por forte carga emocional.

Adicionalmente, o fato de terem bebido no momento de expressão da raiva e do descontentamento, propiciavam aos mesmos, poderem justificar na embriaguez ou no porre “os porquês” da atitude contra suas mães. Projetar na bebida a responsabilidade (e a culpa) do que fizeram contra as mães, obedecia ao cumprimento de lealdade previamente assumida com elas. Nestes termos, a autoria da reivindicação perdia força, pois o sujeito a cedia para um terceiro personificado na bebida, no porre ou na embriaguez, permanecendo o *status quo* original.

*“A minha mãe vem falar comigo e eu dou cada patada nela. Resposta que depois eu até choro, assim, de raiva assim. “Pô, cara, porque eu fui falar assim com a minha mãe?” Entendeu? É uma coisa assim que você fala sem querer, cara. Entendeu? É uma coisa que você não pensa pra falar, como, quando você tá lá na depressão, ressaca!!!<sup>62</sup>” (SIDARTA)*

Baseado nas narrativas dos participantes da pesquisa, percebemos que algumas mães pareciam expressar algum desconforto em relação ao padrão de convivência que mantinham com os filhos. Possivelmente um lado saudável percebia a

---

<sup>62</sup> Último vocábulo pronunciado com mais intensidade.

disfuncionalidade da situação e a necessidade de ação. Parecia existir uma noção sobre a necessidade de separação, de descasamento da maternidade conjugalizada, para que os filhos pudessem se individualizar de fato. No entanto, considerando-se a pouca diferenciação do *self*, as atitudes também obedeciam a uma descarga emocional impulsiva e difusa, mas que apontava para uma intencionalidade sutil e legítima.

*“Às vezes, quando a gente não tava trabalhando, ela ficava falando: “Ah, não sei o que, que esse menino...” tipo assim, parecia que ela queria que a gente não tivesse perto, senão ela enchia o saco. Entendeu? Pra fazer raiva na gente. Vamos supor, você tá quietinho lá, o capeta vai lá no seu ouvido falar: “Enche o saco daquele cara lá!” Aí, eu não entendo, que a minha mãe não era desse jeito. No outro dia, ela era totalmente diferente. Aí eu, aí eu fico imaginando, eu, eu sou compreensivo, mas, quando eu vejo ela daquele jeito, eu, eu não gosto dela, não. Se alguma coisa tá perturbando ela, já começa a me perturbar. Aí, às vezes, eu saía pra rua e se eu tivesse dinheiro, moleque, eu já ia pro boteco. Eu chegava lá, no começo eu pedia uma cerveja, pra poder, como se diz? Pra poder... pra poder... dar coragem pra tomar uma quente.” (SIDARTA)*

Em outras tentativas de logro de maior autonomia e afastamento da relação de *maternagem parentalizada* com essas mães observou-se o casamento e a constituição de uma família como solução. No entanto, como fora discutido, as pessoas que não resolveram suas questões emocionais com os pais, acabam por transportar consigo as mesmas e reproduzi-las em novas relações, nas quais reviverão o vínculo emocional anteriormente experienciado e manterão o lugar ocupado nas suas famílias de origem (Bowen, 1979/1991; Nichols & Schwartz, 1995/1998; Satir, 1967/1988)

Percebemos que quando falavam das esposas ou das mães, alguns sujeitos cometiam equívocos ou certas corruptelas, mas que observadas em um contexto mais amplo, apontavam para um duplo aspecto vinculado às respectivas mães e esposas. Em um dos exemplos, o colaborador referiu-se à esposa ou à mãe no plural, quando se esperava que usasse os termos no singular.

Passamos a pensar que nas mães e nas esposas pareciam existir uma duplicidade. Considerando-se que as mães mantiveram uma relação de maternagem conjugalizada com seus filhos, ao se casarem ou engajar-se numa união estável, passamos a suspeitar de uma *conjugalidade parentalizada* na qual as esposas se comportavam como mães de seus maridos. Desta maneira, os filhos continuariam cumprindo com a lealdade com suas mães de origem, não se casando ou unindo-se com uma companheira, mas uma mãe.

*“Eu arrumei essa segunda **mulheres**... morei cinco anos com ela lá. Uma excelente pessoa, muito... me tratava muito bem. Nunca falou palavrão, que ela era evangélica. Só que ela não agüentou as minhas bebida, quando ela chegava eu estava bêbado, ela saía eu estava bêbado, durante cinco, seis dias. Depois eu ficava 20 dias sem beber.” (TESEU)*

*“E ela se sente assim, envergonhada, né? Com os vizinhos, porque quando eu tava bebendo, viam as quedas, às vezes os vizinhos me levavam pra casa... e como ela é evangélica, ela... ficava muito triste, ela me aconselhava muito... uma ótima pessoa, nunca falou alto comigo, nós nunca brigamos, nunca tivemos... né? Então ela **sofri**eu... eu penso que elas têm sofrido muito lá em São Paulo. Ela, **minhas mães** e minhas filhas, também né? (TESEU)*

Falando da segunda esposa com quem viveu, destacou o termo “mulheres” ao invés de “mulher”. Esta corruptela parece indicar a presença de dois tipos de mulheres

condensadas na mesma pessoa. Da mesma maneira, outro ato falho se evidenciou no termo “mães”, onde se esperava sua verbalização no singular. Correlata à situação anterior, evidencia-se a existência de um duplo materno: a mãe biológica e uma mãe representada na figura de outra pessoa.

A verbalização do termo “sofriou” de autoria do participante, em nosso entendimento, constituiu-se como a condensação entre duas palavras: “sofre” e o pronome “eu”. Cabe destacar que o sofrimento inicialmente se referia à ex-mulher. Deflagrava a existência de um sofrimento também dele, mas misturado com o da ex-mulher e da mãe dele enxergada nesta conjugalidade.

Supostamente, pensamos se tratar de uma fusão entre a dimensão materna e a conjugal, resultando em mães-esposas e esposas-mães. Foi no ato falho produzido pelo entrevistador que esta evidência intensificou-se. Na intenção de conhecer como estava a relação do colaborador da pesquisa com suas filhas, não intencionalmente, gerou-se na questão a frase negritada na ocorrência seguinte:

*“L.:Aí eu fui pra São Paulo e elas foram morar com a mãe. As três mudaram pra Unai, ficaram uns... praticamente quase dois anos lá, e voltaram pra Brasília.*

*P.: Hum, hum. Teu contato com **as filhas da tua mãe**, como é que tá?*

*L.: Tão (...) Ela é meio descabeçada, a mãe delas, né? Mas elas são fan... eu tenho contato com a mãe delas, né?” (TESEU)*

No aparente equívoco, o pesquisador atribuiu à ex-esposa um natureza materna. Do estranhamento do pesquisador em compreender e acolher os níveis subliminares da fala do entrevistado e da tentativa deste em comunicar aquilo que era solicitado e o que necessitava ser dito, gerou-se na zona conversacional esta derrapagem do significante em outro significado encoberto, que possibilitou maior inteligibilidade de um aspecto até então

desconhecido. No intuito de compreendê-la melhor, foram introduzidos questionamentos em torno do como se davam a relação desses sujeitos com suas esposas, o como a bebida se revelava neste processo e como esse equacionamento se relacionava com o pedido por ajuda.

Delineou-se a presença de tensões encobertas na díade conjugal cujas expressões se davam nas agressões verbais dirigidas às esposas e ocorridas em episódios de embriaguez e amnésia alcoólica. Não foram entrevistadas as esposas, mas pensando sistemicamente, revela-se plausível supor que estas funcionassem como esposas-mães se relacionando com esposos-filhos que foram ou não deixaram de serem filhos-esposos de suas mães, tendo nas companheiras atuais um substitutivo.

*“... quantos dias eu fiquei bebendo... se eu briguei, se eu fu... seu eu xinguei, se eu discuti com a minha ex-mulher, que ela dizia que eu xingava ela tudo, mas eu não lembro de nada, não lembro de...”* (TESEU)

*“Às vezes eu xingava quando eu estava alcoolizado, mas eu não me lembro.*  
(TESEU)

*“E depois... chegava a discutir, sem motivo nenhum... então... ela me largou (...)  
Ela me deixou em São Paulo e aí, eu graduei mais na bebida”* (TESEU)

*“E chegava em casa só mamado, só mamado. Todo dia mamado e a mulher, quando ia chamar ela, só mamado, mamado. Até que pegou, nós começamos a discutir... aí eu peguei e separei dela. Por causa da bebida eu fui preso. Aí ela foi e me entregou pra polícia, porque eu tava, tava, tava ignorante, não sei o quê, aquilo... a polícia chegou dentro de casa, me pegou e em algemou, me jogou dentro da viatura, fui saí da delegacia nove hora da manhã (...). Alegou que eu tava batendo nela! Que eu tava agredindo ela...”* (AKHENATÓN)

“... teve uma hora que eu queria até agredir a minha esposa... a atual. Essa que eu tô com ela.” (ADÃO, falando de uma amnésia alcoólica na qual disseram-lhe que ele queria agredir sua esposa atual)

“Eu não sei... eu não sei te dizer não<sup>63</sup>... eu só sei que no outro dia ela fala pra mim que eu fiz isso, fiz aquilo outro, chamo ela disso, chamo ela daquilo... esculhambei com ela... acabei com a moral dela... (SÓCRATES)

Destes sujeitos, entendemos existir um pedido em direção a ruptura da *maternagem conjugalizada* e da *conjugalidade parentalizada* como meios para logro de maior autonomia e independência. A primeira entendida como um fenômeno no qual uma relação que deveria se moldar exclusivamente numa díade mãe-filho se estende para um padrão relacional no qual o filho assume uma relação de natureza também conjugal, além da filial. A segunda dimensão se refere aos maridos que passam a possuir uma vinculação na qual suas esposas funcionam como mães desses. A partir disso, o binômio esposo-esposa se torna triádico no qual a mãe passa a fundir-se no papel da esposa, equacionando-se uma triangulação imbricada (Bowen, 1976) ou justaposta (Andres, 1971, citado por Nichols & Schwartz, 1995/1998).

Estes aspectos culminam em conflitos decorrentes do emaranhamento de papéis (Minuchin, 1908/1990) e solapam a possibilidade de autonomia e maior diferenciação da identidade do *self*. A presença dos problemas associados ao consumo de álcool parece possuir função catártica e homeostática, sendo que a busca por unidades de saúde especializadas na atenção desta clientela revela solicitações que parecem pedir por um terceiro que promova descasamentos nas disfuncionais relações constituídas por *maternagens conjugalizadas* e *conjugalidades parentalizadas*.

---

<sup>63</sup> Voz semelhante às pessoas que estão contendo a expressão de emoções, que de modo contrário poderia desencadear algum choro.

## 8 – CONCLUSÃO

*“A mudança não é um final a ser alcançado; é um processo a ser percorrido, pois a beleza da transformação não se revela no destino, mas ao longo da caminhada.” (Luiz Felipe Castelo Branco da Silva, 2009)*

Mantendo-se fiel à Epistemologia Qualitativa e à metodologia de pesquisa qualitativa defendidas por González Rey (2002/2005) e adotadas neste trabalho de mestrado, tem-se que a produção de conhecimento se caracteriza enquanto um permanente processo de ampliação, amplificação e complexização dos níveis de inteligibilidade anteriormente alcançados. Dessa maneira, não nos proporemos a concluir este relatório de pesquisa no sentido de lançar compreensões em suas versões finais ou terminadas.

Posicionaremos-nos, sim, no sentido de apresentar, a partir do nosso olhar, os limites, as contribuições e os possíveis encaminhamentos a partir do que foi possível construir neste inacabado diálogo entre o pesquisador e o empírico. Para tanto, revela-se pertinente retomarmos brevemente o percurso realizado ao longo deste processo de pesquisa.

Como expusemos anteriormente, este trabalho versou sobre a expressão inicial da demanda em sujeitos abusadores ou dependentes de bebidas alcoólicas, no contexto do acolhimento de um CAPS ad II e que tenham buscado volitivamente os serviços especializados da citada instituição governamental de saúde. Nosso interesse se estendeu em torno de oportunizar uma escuta ampliada, não protagonizadora do produto em detrimento do sujeito e contempladora da dimensão contextual, elemento desconsiderado nos manejos terapêuticos tradicionais.



Apoiamo-nos na premissa que o fenômeno relativo aos eventos associados ao consumo de bebidas alcoólicas se constitui em torno de três eixos interrelacionados. Deste modo, tem-se um **ser humano** com suas idiossincrasias, que mantém um padrão relacional com uma **substância psicoativa**, ocorrendo em um **contexto** sócio-cultural específico (Colle, 1996/2001; Kalina & Kovadloff, 1983; Olievestein, 1985).

Por partirmos da premissa supracitada, verificamos a coerência de adotarmos um referencial teórico que abordasse a realidade como algo não disjuntivo, mas interconectado. Na teoria sistêmica, vislumbramos um arcabouço capaz de contemplar nossas ambições, uma vez que ela compreende os problemas relativos ao consumo de bebidas alcoólicas como fenômeno constituído e mantido por um sistema de relações e não como algo pertencendo exclusivamente ao sujeito bebedor (Bateson, 1972/1998; Bowen, 1974; Miermont *et al*, 1987/1994; Steinglass, 1977; Trindade, 2007).

A opção teórica escolhida não significou a proibição de buscarmos complementar nossa revisão bibliográfica e a discussão das informações apreendidas com outras áreas do conhecimento humano. Nestes termos, dialogamos com os pressupostos teóricos da Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1991/2001) e do Modelo Transteórico dos Estágios da Mudança (Prochaska & DiClemente, 1982), além de outros autores não restritos ao universo da Psicologia.

Propusemo-nos a dialogar com os participantes desta pesquisa no momento do acolhimento, onde foi possível se utilizar de uma entrevista semi-estruturada como instrumento indutor dos diálogos. Dialogamos com nove pessoas do gênero masculino, com perfis diversificados conforme destacado no **Capítulo 3** referente ao Método. As informações produzidas nesses espaços foram gravadas mediante termo de consentimento livre e esclarecido. Após a degravação dos diálogos e a construção dos indicadores, emergiram três

Zonas de Sentido que constituíram o conhecimento produzido e exposto em capítulos anteriores.

A partir daquilo que fora construído, pudemos perceber que ao adotar uma perspectiva ampliada, que buscou contemplar algo que se estendesse além do mero sintoma manifesto, resultou na abertura para uma miríade de complexas informações. Percebemos que deslocar o protagonismo do produto para o sujeito foi capaz de oportunizar a fala genuína de uma humanidade furtada de ser humana e que fora amordaçada e obrigada a calar-se em seu sofrimento e em sua dor ao longo de uma história de vida.

A possibilidade de escuta do humano resultou na transição de um *cálice que cala* não apenas para um *humano que fala*, mas também para uma *escuta que liberta* da marginalidade na qual estes sujeitos estavam depositados. O vislumbrar além do conteúdo alcoólico do cálice, nos permitiu perceber a existência de inúmeros aspectos não permitidos de comparecer abertamente, mas que se expressaram a partir de uma opção de ouvir o ser humano e não apenas o bebedor.

A partir da maneira como a demanda dos participantes desta pesquisa expressou-se, pudemos entrever que as mesmas apontam para múltiplas dimensões. As perdas foram elementos que se destacaram como fatores influenciadores do movimento direcionado à busca especializada. Em alguns participantes a presença daquilo que Pereira (2009) assumiu conceitualmente como *desfiliação* (despertencimentos no seio familiar) e *desafiliação* (despertencimentos no universo das relações sociais) apresentaram-se enquanto elementos principais. Em outros casos, o *medo de perder a saúde, a família* ou *a rede de apoio extensa* revelou-se como aspecto axial na mobilização pela busca de ajuda. Também o *desejo pelo resgate de projetos abandonados* ou perdidos e a *construção de novos rumos na vida* foram elementos de destaque em um terceiro segmento.

Estes aspectos nos auxiliaram a vislumbrar a importância de estarmos abertos para as diversificadas possibilidades do como os beneficiários do serviço podem apresentar-se dentro da fase de ponderação. A dimensão das perdas apresentou formas específicas de expressão que, por sua vez, convidam-nos a pensar a importância de adaptar os manejos e intervenções terapêuticas. Estes devem estar de acordo com perfil do beneficiário do serviço e de como sua demanda se expressa ao invés de nos ingessármos em modelos simplistas que elegem uma visão reducionista do sintoma como foco e esquecem-se da dimensão humana e sua natureza plural e paradoxalmente singular.

Para aqueles que se encontram mais arraigados às perdas, considerando as informações construídas neste processo de pesquisa, acreditamos que a intervenção deve preocupar-se em sustentar a continência de *escuta que escute*. Pensamos que neste momento a preocupação deve buscar promover um espaço de acolhimento no qual aquele que busca ajuda sinta-se respeitado em suas idiossincrasias.

Não advogamos, contudo, que o manejo deva se despreocupar em facilitar o movimento do processo de reflexão em torno da mudança, até porque existe o risco do sujeito fixar-se no falar sobre as perdas, tornando o serviço em poço de lamentações, perpetuando uma inércia improdutiva. Contudo, acreditamos que um procedimento que se aliene de ofertar uma escuta das perdas, que não rotule essa fala enquanto algo enfadonho e desnecessário, pode desfavorecer a possibilidade de construção de novas vinculações com o serviço, a partir da qual possam ocorrer a confiança necessária para a construção de um processo de mudança. Entendemos que um engajamento no sentido de motivar a interromper o ciclo de novas perdas possa representar uma meta interessante para este perfil.

Nos casos em que se tem a mobilização de interrupção do ciclo de perdas, pensamos ter valor intervenções que motivem o beneficiário a fortalecer este interesse. É possível que o mesmo esteja apenas na dimensão do discurso, mas isto não deve ser

desconsiderado. Neste perfil, acreditamos que o exercício dos pró e contras da manutenção ou mudança do comportamento problema, como a Entrevista Motivacional descreve, sejam ações pertinentes, além do foco na construção de novos projetos de vida.

Quando se apresentam a ponderação das perdas, o interesse em interromper novos ciclos de perdas e o interesse de lograr novos projetos, pensamos que o beneficiário do serviço encontra-se mais disponível para engajar-se na construção de estratégias viabilizantes da mudança lograda pelo sujeito. Não afirmamos que estes aspectos não possam ser trabalhados nos outros perfis, mas percebemos s sujeitos nesta fase de ponderação encontram-se mais próximos da fase de Determinação (DiClemente, 1991/2001; Miller & Rollnick, 1991/2001).

Nos achados relativos à segunda Zona de Sentido, percebemos o *medo dos efeitos negativos dos sintomas de amnésia alcoólica sobre os familiares* comparecerem enquanto influência para busca de ajuda, mas o *medo coexistente de ficar dependente de um tratamento medicamentoso* destacou-se enquanto fator de adiamento da formulação de um pedido de ajuda no serviço. Em outros casos, o desconhecimento sobre a etiologia dos sintomas alucinatórios da abstinência ocasionou *crenças* de estar-se em um processo de *enlouquecimento*, muitas vezes apontadas pela família como possível explicação. Ao mesmo tempo em que se apresentava o desejo de buscar ajuda, havia o receio de ver-se confirmada essas percepções e ser tratado de forma estigmatizada. Em outras narrativas, adicionalmente, apresentaram-se *receios* em torno do *tratamento enquanto espaço de internação e lavagem cerebral*. Isto também resultou em ambivalências quanto ao decidir-se pela busca de ajuda especializada.

Essa diversidade nos conduz também a pensar nos desafios para os profissionais dos serviços especializados. Durante séculos, o foco tradicional no sintoma, tendo-se como objetivo motriz das intervenções a eliminação do mesmo, ao invés de buscar

compreender suas funcionalidades, influenciou nossa maneira de pensar e de fazer também na saúde mental. Essa lógica encontra-se coadunada exclusivamente com o paradigma da simplificação, que se fundamenta em torno de uma forma de pensamento caucado nos princípios da *separabilidade*, da *ordem* e da *racionalidade* (Morin, 1999).

A noção de *separabilidade* implica na concepção que para se entender o todo basta decompô-lo em suas partes mais simples. Também advoga que essas partes não são interinfluenciáveis e que o sujeito observador e o objeto observado não produzem mútua interferência. Trazendo isto para a prática profissional, tem-se que a subjetividade do especialista não influencia e não é influenciada pela subjetividade do paciente, sendo este mero receptáculo das intervenções do(a) “doutor(a)”.

Nestes casos, quando o paciente não segue as prescrições do especialista ou mantém-se reiteradamente não abstinente é porque não quer se tratar, está resistente e não colaborativo, sendo, portanto, o culpado pelo insucesso do tratamento. Por outro lado, o especialista não se coloca em discussão enquanto sujeito nesta condição, valendo-se da valorização do conhecimento técnico, uma vez que se tem a crença que a sua dimensão humana não está inclusa no processo, baseado em sua postura de neutralidade. Da mesma forma, a subjetividade do paciente é algo supérfluo, necessitando-se combater apenas o problema constituído no hábito negativo de beber. Nestes termos, a prescrição se resume apenas na abstinência mantida, sendo este o único foco da intervenção.

Do princípio da *ordem*, depreende-se que a realidade é organizada de acordo com um ordenamento determinado por leis fixas e de funcionamento mecânico inexorável, não coexistindo espaço para o acaso, sendo auto-suficiente e automantendo-se perpetuamente. A desordem se mantém excluída para todo o sempre (Morin, 1977/2003). Convertida esta ideia para a dimensão prática tem-se que o sintoma é uma parte indesejável cuja existência perturba a ordem perfeita do organismo humano. A bebida é vista como uma doença que

necessita ser eliminada e que o alcance deste resultado significa o resgate da saúde e do reequilíbrio orgânico do paciente. Aqui as subjetividades são elementos desconsiderados, uma vez que também não influenciam o processo de tratamento.

No princípio de *racionalidade* apóia-se na concepção de que a realidade está disposta em torno de uma lógica linear, observável e regrada por leis de funcionamento semelhantes às existentes nas ciências naturais. Neste sentido, qualquer evento que possua natureza diversa daquilo que a racionalidade cartesiana permite problematizar é lançado às trevas da ignorância, sendo desconsiderado, como foi o caso da subjetividade humana (Morin, 1982/2005; Neubern, 2004).

Em uma situação prática, por ser o humano concebido enquanto entidade desconectada do seu contexto, tem-se que a compreensão do sintoma que comparece nos problemas associados ao consumo de álcool como algo isolado e pertencente apenas ao sujeito. Dessa maneira, a dimensão sócio-familiar revela-se como realidade negligenciada.

A abertura para ouvir a dimensão humana, significa estar aberto para acolher a multiplicidade e a complexidade de sua natureza. Para tanto, exige-se que os profissionais promovam um processo de renovação da forma de pensar para que isso se reverta em mudanças em suas práticas. Quando a simplicidade não funciona mais se torna necessária a adoção de outros princípios de pensamento como o que contempla a complexidade do real (Morin, 1999). Para tanto, urge que essa mudança ocorra nos espíritos e nas mentalidades dos servidores para que aos poucos as instituições possam atuar concernentes a um modelo de atenção ampliado.

Ressaltamos que um olhar exclusivamente no sintoma ou protagonizador da bebida como elemento principal a ser considerado, restringe a possibilidade de intervir naquelas dimensões de conflito eclipsadas pelo problema com bebidas alcoólicas. Ao mesmo tempo, protege os profissionais de considerar outros aspectos, uma vez que dissocia o

problema com a bebida alcoólica da realidade contextual em que ocorre, sendo este último descartado. Eleger o sintoma ao invés do sujeito sintomático resulta em uma pasteurização com implicações em uma homogeneização das heterogeneidades e pluralidades humanas.

Sabemos que os eventos associados ao consumo de álcool podem resultar em rupturas dos vínculos e dos pertencimentos nos grupos sociais nos quais os sujeitos são membros. No entanto, destacou-se *importante considerar a dimensão sócio-familiar dos participantes da pesquisa*. Percebemos que as narrativas apontaram conflitos familiares subjacentes e anteriores aos primeiros problemas relacionados ao álcool.

Nestes termos, percebemos o *imperativo de trabalhos nos serviços capazes de contemplar a família também enquanto beneficiário do serviço* e não apenas aquele que transporta o sintoma. A existência de problemas familiares pretéritos ao consumo de álcool nos fez pensar no quanto que a inserção do álcool se torna funcional diante de tensões familiares com considerável potencial desagregador deste sistema. Sendo assim, ao mesmo tempo em que o problema com o álcool apresenta-se como problema auto-regulador do sistema sócio-familiar, ele também se presta ao serviço de denunciar disfuncionalidades de todo o sistema (Steinglass *et al*, 1977).

Como exemplo da *importância de eleger-se o sistema sócio-familiar como protagonista do processo terapêutico, e não apenas o sujeito sintomático*, destacamos os conflitos relativos à paralisação do processo de autonomização dos participantes da pesquisa. Ao longo do processo de análise da informação percebemos que situações nas relações familiares compareceram enquanto agentes solapadores de uma construção identitária genuína desses participantes.

Muitos dos participantes em maior ou menor grau foram envolvidos em torno de delegações e compromissos de lealdade no sentido de tornaram-se serviçais do sistema sócio-familiar. Foi possível perceber a presença de padrões dinásticos alcoolistas (Steinglass

*et al*, 1977) associados a ciclos de violência sendo transmitidos entre as gerações. Da mesma maneira, apresentaram-se exemplos de casos de filhos que foram parentalizados, passando a cumprir com a função de cuidadores, protetores, provedores e até companheiros de suas próprias mães. Em outros casos, essa fidelidade ao cumprimento deste padrão ocorreu mesmo nas tentativas de pseudo-individuação ao se casarem, onde as esposas funcionavam como mães o que reforça a ideia da presença de fusionamentos dos *selves* entre mães e filhos (Bowen, 1976).

No entanto, esses mesmos participantes apontaram para a necessidade de mudança nesses processos, como se solicitassem um elemento terceiro que intermediasse esta transição. Como destacamos, o processo de autonomização requer a consideração do sujeito em contexto. Exige a negociação entre os pares envolvidos no universo sócio-familiar, em torno dos possíveis níveis de proximidade e separação, cabendo aos profissionais do serviço especializado, então, servirem como mediadores desses processos.

Percebemos também a importância de uma maior atenção ao mapeamento das redes sociais das pessoas que buscam o serviço. Este recurso serviria para auxiliar o manejo no sentido de balizar a reinserção social tendo elementos da própria rede como fatores de promoção e proteção. A desconsideração desta faceta pode dificultar o trabalho futuro de alta do serviço, uma vez que o CAPS ad II pode ser significado como único espaço de pertencimento, na carência e não desenvolvimento de outros espaços de afiliação. A possibilidade de ruptura com o serviço especializado poderia resultar em recaídas como forma de recuperar um perfil adequado para continuar na unidade de saúde. Esta dimensão talvez explique a existência dos “enCAPSulados”, conforme detalhado na introdução deste relatório.

Não menos importante, pensamos que o serviço deve atuar em direção de uma função orientadora, informativa, desmitificadora e desmistificadora no sentido de auxiliar os beneficiários dos serviços e seus familiares a compreenderem com mais clareza os diversos



eventos associados com o consumo de álcool. Para isso, os profissionais precisam conhecer as expectativas, dúvidas e as informações prévias dos usuários dos serviços no intuito de minimizar equívocos que se revertam em crenças paralisadoras, além de atualizarem-se com as novidades dos conhecimentos científicos recentes.

Defendemos que a citada atuação do serviço deva ocorrer nos primeiros contatos dos beneficiários com a unidade especializada. Acreditamos que esta preocupação poderá resultar em uma maior adesão ao serviço. Como destacou Woitowitz (1987/1997), este tipo de abordagem pode ajudar na dissolução de receios e apreensões sobre o que irá acontecer facilitando a adesão. Além disso, concordamos que informações adequadas e respaldadas cientificamente são capazes de produzir efeitos que resultem na transposição de uma pessoa na fase de pré-ponderação para a de ponderação (Miller & Rollnick, 1991/2001).

Nestes termos, como possíveis sugestões para problematizações teórico-práticas futuras, apresentamos algumas das novas inquietações do pesquisador. Ele se encontra a refletir em torno do como materializar, a partir da produção científica constante neste relatório, ações na rotina do serviço que possam ofertar espaços efetivamente terapêuticos e onde os temas aqui trabalhados sejam contemplados. Também se despontam dúvidas no sentido de como desenvolver uma sinergia suficiente para conseguir que a equipe possa amadurecer e atuar em sintonia com uma proposta de atenção mais ampliada do que o modelo dicotômico e disjuntivo ainda presente. Estas reflexões ainda estão em caráter gestacional na interioridade do pesquisador e do psicólogo.

Trabalhar com seres humanos eclipsados pelo beber problemático exige daqueles que se propõem ao serviço terapêutico desta clientela uma resistência à frustração elevada e, principalmente, uma fé inabalável na possibilidade da mudança. Este relatório representa o resultado de uma jornada na qual o psicólogo cedeu espaço para o pesquisador e que, ao se olhar no espelho da autoreflexão no fim desta trajetória no mestrado, percebe-se

como um pesquisador-psicólogo ou psicólogo-pesquisador. Tenho plena consciência que outros poderiam ter ido além do produto deste relatório, mas aqui se revela uma síntese das qualidades e limitações do autor que percorreu caminhos de luz e de trevas, retilíneos e tortuosos. Todos estes aspectos influenciaram os contornos desta dissertação de mestrado.

Espero que deste trabalho solitário, possam se materializar níveis distintos e contínuos de mudanças na forma de se pensar e agir daqueles que lerem este trabalho. Que as mudanças surgidas possam representar agentes fecundantes de propostas mais ampliadas capazes de contemplar a expressão da demanda daqueles que buscam o serviço.

## 9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, N. M. (2005). *Gramática metódica da língua portuguesa*. São Paulo: Saraiva.
- Alonso-Fernández, F. (1981). *Alcohol-Dependencia*. Madrid: Pirâmide.
- Amarante, P. D. C. (2000). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.
- American Psychiatric Association. (2002) *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV* (edição revisada). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andrade, R. L. P.; Villa, T. C. S. & Pillon, S. (2005). A influência do alcoolismo no prognóstico e tratamento da tuberculose. *Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 1(1), 1-8.
- Andrewes, A. (1984). El desarrollo de la ciudad-Estado. Em H. Lloyd-Jones (Org.), *Los griegos*. Madrid: Gredos.
- Antunes, M. (1997). Mito. Em *Logos: Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia*. (pp. 900 – 908). Lisboa/São Paulo: Verbo.
- Araújo, M. R. & Moreira, F. G. (2006). História das drogas. Em D. X. Silveira & F. G. Moreira (Orgs.), *Panorama atual de drogas e dependências* (pp. 9 – 14). São Paulo: Atheneu.
- Ávila, A. (2007). *Para conhecer a Psicologia da Religião* (M. J. R. Nunes & T. Gambi, Trad.). São Paulo: Loyola.
- Balancho, L. S. F. (2004). Ser pai: Transformações intergeracionais na paternidade. *Análise Psicológica*, 2, 377 - 386.
- Bales, R. (1946). Cultural differences in rates of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 6, 480 – 499.

- Ballone, G. J.; Ortolani, I. V. (2008). *Violência doméstica*. Recuperado em 31 ago 2009, no sítio [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br).
- Baltieri, D. A. & Andrade, A. G. (2008). Comparing serial and nonserial sexual offenders: alcohol and street drug consumption, impulsiveness and history of sexual abuse. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 25-31.
- Barros, S. G. S.; Galperim, B. & Grüber, A. C. (1997). Problemas clínicos comuns do alcoolista. Em S. P. Ramos & J. M. Bertolote *et al.* (Orgs.), *Alcoolismo hoje* (pp. 87 - 110). (3a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1987)
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico* (H. Jahn, Trad.), Rio de Janeiro: Graal. (Trabalho original publicado em 1968)
- Bastos, F.; Bertoni, N. & Hacker, M. A. (2009). Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Revista de Saúde Pública*. 42(1), 109-117.
- Bateson, G. (1998). La cibernética del “si-mesmo” (self): una teoría del alcoholismo. Em G. Bateson (Org.), *Pasos hacia una ecología de la mente: una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre* (pp. 339-366). Buenos Aires: Lohlé – Lumen. (Trabalho original publicado em 1972)
- Battjes, R. J.; Gordona, M.S.; O’Grady, K.E. & Kinlock, T.W. (2004). Predicting retention of adolescents in substance abuse treatment. *Addict Behaviour*, 29, 1021-1027.
- Beauchesne, H. (1989). *História da psicopatologia* (A. Cabral & M. Morissawa, Trad.). São Paulo: Martins. (Trabalho original publicado em 1986)
- Bertolote, J. M. (1997a). Problemas sociais relacionados ao consumo de álcool. Em.: S. P. Ramos & J. M. Bertolote (Orgs.), *Alcoolismo hoje* (pp. 132-141). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1987)

- Bertolote, J. M. (1997b). Conceitos em alcoolismo. Em S. P. Ramos & J. M. Bertolote (Orgs.), *Alcoolismo hoje* (pp. 17-31). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1987)
- Blocker, J. M. (1988). *American Temperance Movements: Cycles of Reform*. Boston, MA: Twayne Publishers.
- Blocker, J. M.; Fahey, D. M. & Tyrrell, I. R. (2003). *Alcohol and temperance in modern History: an international encyclopedia* (Vol. 2). California: ABC-Clio.
- Blum, R.W.; Halcon, L.; Beuhring, T.; Pate, E.; Campell-Forrester, S. & Venema, A. (2001). Adolescent health in the Caribbean: risk and protective factors. *American Journal of Public Health*, 93(3), 456 – 460.
- Bonetti, A. & Wiggers, R. (1999). Antropologia e Violências: notas para uma reflexão acerca da pluralidade do fenômeno da violência. *Texto e Contexto – Enfermagem*, 8 (2). 483-488
- Boni, V. & Quaresma, J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Tese: revista eletrônica dos pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC* (Vol. 2), 1(3), 68-80.
- Bonnefoy, Y. (2007). As noções-entrecruzadas em pesquisa-ação. Em R. Barbier (Org.). *A pesquisa-ação* (L. Didio, Trad.). Brasília: Liber Livros.
- Booth, W. (1996). *In Darkest England and the way out*. London: International Headquarters of the Salvation Army. Recuperado em 06 de maio, 2009, de [http://www.gutenberg.org/catalog/world/readfile?fk\\_files=35953&pageno=1](http://www.gutenberg.org/catalog/world/readfile?fk_files=35953&pageno=1)
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., Penn, P. (1993). *A terapia familiar sistêmica de Milão: conversações sobre teoria e prática* (C. A. Molina-Loza & C. Sutter). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Boszormenyi-Nagy, I. (1986). Transgeneration solidarity: the expanding context of therapy and prevention. *American Journal of Family Therapy*, 14(3), 195-212.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. M. (2008). *Lealtades invisibles: reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1973).
- Bowen, M. (1961). The family as the unit of study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 31(1), 40-60.
- \_\_\_\_\_. (1974). *Therapy in Clinical Practice*. New York: Jason Aronson.
- \_\_\_\_\_. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- Bradt, J. O. (2007). Tornando-se pais: famílias com filhos pequenos. Em B. Carter & McGoldrick (Orgs.), *As mudanças no ciclo di vida familia*. (M. A. V. Veronese, Trad.). (2a ed.), (pp. 206-222). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989)
- Brandão, J. S. (2001a). *Mitologia grega* (Vol. 1). Petrópolis: Vozes.
- \_\_\_\_\_. (2001b). *Mitologia grega* (Vol. 3). Petrópolis: Vozes.
- \_\_\_\_\_. (2002). *Mitologia grega* (Vol. 2). Petrópolis: Vozes.
- Brito, H. B. & Catrib, A. M. F. (2004). Representação social e subjetividade do adoecer psíquico. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 285 – 296.
- Brito, L. M. T. (2005). De papai sabe tudo a como educar seus pais: considerações sobre programas infantis de TV. *Psicologia e Sociedade*, 17, 17 – 28.
- Britten, N. (2009). Entrevistas qualitativas. Em C. Pope & N. Mays (Orgs.). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde* (A. P. Fajardo, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Buchele, F. & Cruz, D. D. O. (2008). Aspectos socioculturais ao uso de álcool e outras drogas. Em Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (Org.), *Prevenção ao uso indevido de drogas: curso de capacitação para Conselheiros Municipais* (pp. 65 –

- 77). Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas.
- Bucher-Maluschke, J. S. N. F. (2008). Do transgeracional na perspectiva sistêmica à transmissão psíquica entre as gerações na perspectiva da psicanálise. Em M. A. Penso & L. F. Costa (Orgs.), *A transmissão geracional em diferentes contextos: da pesquisa à intervenção*. São Paulo: Summus.
- Bunzel, R. (1940). The role of alcoholism in two central American cultures. *Psychiatry*, 3, 361-387.
- Burns, A. & Dunlop, R. (1998). Parental divorce, parent-child relations and early adult relationships: a longitudinal study. *Personal Relationships*, 5, 393 – 407.
- Cabral, R. R. F. & Chaves, A. C. (2005). Conhecimento sobre a doença e expectativas do tratamento em familiares de pacientes no primeiro episódio psicótico: um estudo transversal. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(1), 32 – 38.
- Campbell, J. (2005). *As máscaras de Deus: mitologia primitiva* (C. Fischer, Trad.). São Paulo: Palas Athena. (Trabalho original publicado em 1959)
- Campos, G. M. & Ferreira, R. F. (2004). A importância da legitimação social na (re)construção da identidade de um alcoolista. *Estudos de Psicologia*, 24(2), 215 – 225.
- Carlotto, M. S. & Palazzo, L. S. (2006). Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. *Caderno de Saúde Pública*, 22(5), 1017-1026.
- Carney, J.; Boyle, M.; Offord, D. R. & Racine, Y. (2003). Stress, social support and depression in single and married mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 442-449.

- Caron-Ruffino, M. & Ruffino-Netto, A. (1979). Associação entre alcoolismo e tuberculose pulmonar. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, 18, 183-194.
- Carreiro, T. C. (2006). A doença como projeto: uma contribuição à análise de formas de afiliações e desafiliações sociais. Em: B. Sawaia (Org.), *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes. (Trabalho original publicado em 1999)
- Carter, B., McGoldrick, M. et al (Orgs.) (2007). *As mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (M. A. V. Veronese, Trad.), Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989)
- Ceitlin, L. H. F. & Cordioli, A. V. (1998). O início da Psicoterapia. Em A. V. Cordioli, (Org.) *Psicoterapia: abordagens atuais*. São Paulo: Artes Médicas.
- Cestari, D. M. (2008). *Filhos do desamparo, filhos que amparam: significações sobre a parentalidade de adolescentes-pais em Medida de Liberdade Assistida*. Tese de Doutorado em Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Chachamovich, E.; Stefanello, S.; Botega, N.; Turecki, G. (2009, maio). Quais são os recentes achados clínicos sobre associação entre depressão e suicídio? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(supl. 1). Recuperado em 12 de setembro, 2009, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- Chaves Ayala, R. et al. (2009). Factores del abuso sexual en la niñes y la adolescência en Estudiantes de Morelos, México. *Revista de Saúde Pública*. 49(3), 506-514.
- Childe, G. (1981). *A evolução cultural do homem* (W. Dutra, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1965)
- Ciampa, A. (1990). *A estória do Severino e a história da Severina*. São Paulo: Brasiliense. (Trabalho original publicado em 1987)



- \_\_\_\_\_. (2004). Identidade. Em S. T. M. Lane & W. Codo (Orgs.). *Psicologia Social: o homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense. (Trabalho original publicado em 1984)
- Cinnanti, C. J. J & Sudbrack, M. F. O. (2004). Redes sociais na prevenção da drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua. Em D. B. B. Carvalho; M. F. O. Sudbrack, & M. T. Silva (Orgs.), *Crianças e adolescents em situação de rua e consume de drogas*. Brasília: Plano.
- Cloninger, C. R. (1987). Neurogenetic adaptative mechanisms in alcoholism. *Science*, 136, 410-416.
- Coleman, S. B. (1998). Padrões intergeracionais de perda traumática: morte e desespero em famílias de drogadictos. Em F. Walsh & M. McGoldrick. *Morte na família: sobrevivendo às perdas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Colle, F. X. (2001). *Toxicomanias, sistemas e famílias*. (M. J. Pereira, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Trabalho original publicado em 1996)
- Conrad, P. (1985). The meaning of medication: another look at compliance. *Social Science and Medicine*, 20(1), 29-37.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Recuperado em 07 de abril, 2008, do sítio eletrônico da Presidência da República: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%20ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%20ao.htm)
- Costa, L. F. (2004). *E quando acaba em mal me quer? Reflexões acerca do Grupo Multifamiliar e da visita domiciliar como instrumento da Psicologia Clínica na comunidade*. Brasília: Universa.
- Coulanges, F. (2000). *A cidade antiga* (F. de Aguiar, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1981)

- Crowley, J. W. (1999). *Drunkard's Progress: narratives of addiction, despair and recovery*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Cunha, A. G. (1997). *Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Dabas, E. N. (1993). *Red de redes: las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Dalbosco, C. (2006). *Ressonâncias da morte violenta de adolescentes e jovens: estudo teórico clínico de famílias em sofrimento*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Dalgalarrondo, P. (2007). Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (suplemento 1), 25 – 33.
- Dalgalarrondo, P.; Soldera, M. A.; Correa Filho, H. R.; Silva, C. A. M. (2004). Religião e uso de drogas por adolescentes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 82 – 90.
- Davidson, R., Rollnick, S. & MacEwan, I. (Orgs.), (1991). *Counseling problem drinkers*. London: Tavistock/Routledge.
- Day, E.; Wilkes, S. & Copello, A. (2003). Spirituality is not everyone's cup of tea for treating addiction. *British Medical Journal*, 326(7394), 881.
- De Bon, R. & Kessler, F. (2008). Tratamento. Em Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Org.). *Prevenção ao uso indevido de drogas: curso de capacitação para Conselheiros Municipais* (pp. 151- 163). Brasília: Presidência da República.
- Demo, P. (2006). *Pesquisa e informação qualitativa*. Papirus: Campinas. (Trabalho original publicado em 2001)

- Dermatis, H.; Salke, M.; Galanter, M. & Bunt, G. (2001). The role of social cohesion among residents in a therapeutic community. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(2), 105 – 110.
- De Weert-Van Oene, G.H.; Schippers, G.M.; De Jong, C.A.J. & Schrijvers, G.J.P. (2001). Retention in substance dependence treatment: The relevance of in-treatment factors. *Journal of Abuse Treatment*, 20, 253-261.
- Diakov, V. & Kovalev, S. (1976). *História da antigüidade: a sociedade primitiva*. (M. V. Sottomayor, Trad.). Estampa: Lisboa.
- DiClemente, C. C. (2001). Entrevista motivacional e os estados de mudança. Em W. R. Miller & S. Rollnick (Orgs.), (2001). *Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos* (pp. 171-180). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1991)
- Duarte, T. C. T. (1992). Início do Tratamento. Em Centro Mineiro de Toxicomania, *A entrada no tratamento*. V Jornada do Centro Mineiro de Toxicomania (pp. 73- 74). Fundação de Amparo a Pesquisa do estado de Minas Gerais: Belo Horizonte.
- Durkheim, E. (1932). *De la division du travail social*. Paris: Sixième.
- \_\_\_\_\_. (2002). *As regras do método sociológico*. (M. I. P. Queiroz, Trad.). (17a ed.). São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- \_\_\_\_\_. (1998). *Les formes élémentaires de la vie religieuse: le système totémique em Australie*. 4. ed. Quadrige/Press Universitaires de France: Paris. (Trabalho original publicado em 1960)
- Edwards, G.; Marshall, E. J. & Cook, C. C. H. (2005). História do tratamento dos problemas relacionados ao consumo de álcool. Em G. Edwards, E. J. Marshall & C. C. H. Cook (Orgs.), *O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de*

- saúde* (A. E. F. Miazzi, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 2003)
- Eiguer, A. (1985). *Um divã para a família: do modelo grupal à terapia familiar psicanalítica* (L. M. V. Fischer, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1983)
- Eliade, M. (1979). *História das crenças e das idéias religiosas: de Gautama Buda ao triunfo do Cristianismo* (R. C. Lacerda, Trad.). Tomo II, (Vol. 2), Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1978)
- \_\_\_\_\_. (2000). *Aspectos do mito* (M. Torres, Trad.). Lisboa: Edições 70. (Trabalho original publicado em 1963)
- \_\_\_\_\_. (2001). Existência humana e vida santificada. Em M. Eliade (Org.), *O sagrado e o profano: a essência das religiões* (R. Fernandes, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1957)
- \_\_\_\_\_. (2004). *Mito e realidade* (P. Civelli, Trad.). São Paulo: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1963)
- \_\_\_\_\_. (2005). *O conhecimento sagrado de todas as eras* (L. L. Gomes, Trad.). São Paulo: Mercuryo. (Trabalho original publicado em 1963)
- Elkaïm, M.; Blanchet, L; Bonner, Y.; Castel, R.; Desmarais, D.; Guattari, F; Lavingueur, H.; Montagano, S.; Pluymaekers, J.; Roy, L. & Speck, R. V. (1989). *Las practicas de la terapia de red* (C. Gardini, Trad.). Barcelona: Gesida. (Trabalho original publicado em 1987).
- Elkaïm, M. (1998). As terapias familiares intergeracionais. Em M. Elkaïm (Org.) *Panorama das terapias familiares* (Vol. 1), (Trad. Eleny Corina Heller). São Paulo: Summus. (Trabalho original publicado em 1995)

- \_\_\_\_\_. (Org.). (1988). *Formações e práticas em terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1985)
- Ellis, B. J.; Bates, J. E.; Dodge, K. A.; Fergusson, D. M., *et al.* (2003). Does father absence place daughters at special risk for early sexual activity and teenage pregnancy? *Child Development*, 74(3), 801-821.
- Ellison, C. G. (1998). Introduction to Symposium on Religion, Health and Well-Being. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27(4), 692 – 694.
- Epstein, T. (Org.) (2005). *A comunicação também cura na relação entre médico e paciente*. São Paulo: Angellara.
- Fallding, H. (1964). The source and burden of civilization illustrated in the use of the of alcohol, *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 25, 714-724.
- Farrell, A. B.; & White, K. S. (1998). Peer influences and drug use among urban adolescents: family structure and parent-adolescent relationship as protective factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 248-258.
- Ferrari, H. (2001). *A ausência paterna e suas implicações na qualidade da interação mãe-bebê*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.
- Flouri, E. & Buchanan, A. (2003). The role of father involvement in children's later mental health. *Journal of Adolescence*, 26, 63 – 78.
- Formigone, M. L. O. S & M. Monteiro, M. G. (1997). A etiologia do alcoolismo. Em Sérgio de Paula Ramos & José Manoel Bertolote *et al.* (Orgs.). *Alcoolismo hoje* (pp. 33 - 43), (3a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1987)
- Formigoni, M. L. O. S. & Galduróz, J. C. F. & De Micheli, D. (2008). Álcool: efeitos agudos e crônicos no SNC e em outros sistemas orgânicos. Em R. B. Lacerda

(Coord.), *Efeitos de substâncias psicoativas no organismo: módulo 2 do curso de ensino à distância SUPERA*. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas.

Fortes, J. R. A. (1975). *Alcoolismo*. São Paulo: Editora Sarvier.

Fortes, R. A. (1991). Histórico do alcoolismo. Em J. R. A. Fortes & W. N. Cardo. (Orgs.), *Alcoolismo: diagnóstico e tratamento* (pp. 1-10). São Paulo: Sarvier.

Foucault, M. (2005). *Historia da Loucura: na idade clássica* (J. T. C. Neto, Trad.). São Paulo: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1972)

Franz, C. E.; McClelland, D.C. & Weinberger, J. (1991). Childhood antecedents of conventional social accomplishment in mid-life adults: a 35-years prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 586-595.

Fraser, M. T. D. & Gondim, S. M. G. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, 14(28), 139-152.

Freitas, M. C. (1997). Logos. Em *Logos: Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia*. (pp. 476 – 484). Lisboa/São Paulo: Verbo.

Freud, S. (1996). Carta 71. Em Freud, S. (Org.). *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos* (J. Salomão, Trad.), (Vol. I). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1897)

Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Em Freud, S. (Org.). *Um caso de histeria. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos* (J. Salomão, Trad.), (Vol. VII), Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)

\_\_\_\_\_. (1996). *Totem e tabu* (J. Salomão, Trad.), (Vol. XIII), Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)

- \_\_\_\_\_. (1996). A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher. Em Freud, S. (Org.), *Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos*. (J. Salomão, Trad.), (Vol. XVIII), Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freudenberguer, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Furtado, O. & González Rey, F. L. (Orgs.), (2008). *Por uma epistemologia da subjetividade: um debate entre a teoria sócio-histórica e a teoria das representações sociais*. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 2002)
- Geertz, C. (1989). A religião como sistema cultural Em C. Geertz (Org.), *A interpretação das culturas* (pp. 65-91). Rio de Janeiro: LTC. (Trabalho original publicado em 1973)
- Gil-Monte, P. R.; Peiró, J. M. & Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development: an alternative for appraisal models of stress. *Comportamento organizacional e Gestão*, 2(2), 211-220.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 3-10.
- Góes, J. R. R.; Coelho, M. H. P; Gomide, A. A.; Lima, I. M. O.; Vasconcellos, E. A. *et al* (2003). *Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) & Associação Nacional de Transportes Públicos (ANTP).
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação de identidade deteriorada* (M. B. M. L. Nunes). Rio de Janeiro: LTC. (Trabalho original publicado em 1963)

- \_\_\_\_\_. (2007). *Manicômios, prisões e conventos* (D. M. Leite, Trad). São Paulo: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1961)
- Gomes, R.; Deslandes, S. F. & Veiga, M. M. (2002). Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus tratos infantis na literatura *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (3), 707 - 714.
- González Rey, F. L. (2005). *Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios* (M. A. F. Silva, Trad.). São Paulo: Pioneira Thomson Learning. (Trabalho original publicado em 2002)
- \_\_\_\_\_. (2005). *Sujeito e Subjetividade*. São Paulo: Thomson Learning. (Trabalho original publicado em 2003)
- \_\_\_\_\_. (Org.), (2005). *Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia*. São Paulo: Thomson Learning.
- \_\_\_\_\_. (2007). *Psicoterapia, Subjetividade e Pós-Modernidade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Thomson Learning.
- Goving, P. & Stein, R. E. K. (2004). Contrast between behavior and academic achievement for Kindergarten children living in single parent families. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*, 25(5), 376.
- Grossmann, K.; Grossmann, K. E.; Fremmer-Bombik, E.; Kindler, H.; Scheurer-Englisch, H. & Zimmermann, P. (2002). The uniqueness of the child-father attachment relationship: fathers' sensitive and challenging play as a pivotal variable in a 16-year long study. *Social Development*, 11, 307-331.
- Guerin, P. G.; Fay, L.. Burden, S. & Kauto, J. (1987). *The evaluation and treatment of marital conflict: a four-stage approach*. New York: Basic Books.
- Guerra, V. N. A. (2001). *Violência de pais contra filhos: a tragédia revisada* (4a ed.). São Paulo: Cortez.



- Guimarães, H. P. & Avezum, A. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (suplemento 1), 88 – 94.
- Gussi, M. A. (2008). *Representação social de ministros religiosos cristãos sobre a doença mental*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília.
- Halpern, S. C. (2000). O abuso de substâncias psicoativas: repercussões no sistema familiar. *Pensando famílias*, 3, 120-125.
- Heck, K. E. & Parker, J. D. (2002). Family structure, socioeconomic status, and access to health care for children. *Health Services Research*, 37(1), 173-186.
- Hilton, J. M.; Desrochers, S.; & Devall, E. L. (2001). Comparison of role demands, relationships and child functioning in single mother, single father and intact families. *Journal do Divorce and Remarriage*, 35 (1-2), 29-56.
- Hobbes, T. (2000) *Leviatã ou matéria, forma e o poder de um Estado eclesiástico e civil* (J. P. Monteiro & M. B. N. Silva, Trads.). Rio de Janeiro: Nova Cultura. (Trabalho originalmente publicado em 1651)
- Hodges, D. R.; Cardenas, P. & Montoya, H. (2001). Substances use: spirituality and religious participation as protective factors among rural youths. *Social Work Research*, 25(3), 153 – 160.
- Hoebel, E. A. & Frost, E. L. (2005). *Antropologia cultural e social* (E. C. da Silva, Trad.). São Paulo: Cultrix. (Trabalho original publicado em 1976)
- Jackson, A. P.; Brooks-Gunn, J.; Huang, C. C. & Glassman, M. (2000). Single mothers in low-wage jobs: financial strain, parenting and preschoolers outcomes. *Child Development*, 71(5), 1409-1423.
- Jacoby, M. (1995). *O encontro analítico: transferência e relacionamento humano* (C. Gerpe, Trad.). São Paulo: Cultrix. (Trabalho original publicado em 1984)

- Jellineck, E. M. (1952). Phases of alcohol addiction. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 13, 573 – 684.
- \_\_\_\_\_. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Brunswick, N.J.: Hillhouse Press.
- Jodas, D. A. & Haddad, M. C. L. (2009). Síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto Socorro de hospital universitário. *Acta Paul. Enf.*, 22(2), 192-197.
- Johansson, G. (2004). Antropology of Drinking. Em N. J. Smelser & P. B. Baltes (Orgs.) *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. (pp. 3846-3849), Amsterdam: Pergamon.
- Jung, C. G. (1991). *Tipos psicológicos* (L. Bonaventure, L. Boff, D. M. R. F. Silva & J. Bonaventure, Trans.). Petrópolis, RJ: Vozes. (Trabalho original publicado em 1971)
- \_\_\_\_\_. (1999). *Psicologia e Religião* (Pe. Dom M. R. Rocha, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes. (Trabalho original publicado em 1971)
- Kalina, E. & Kovadloff, S. (1983). *Drogadição: indivíduo, família e sociedade* (S. Kovadloff, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1980)
- Karam, H. (2003). Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho: breve história de um percurso e questões teórico-metodológicas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(1), 182-191.
- Kaufmann, P. (1996). *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan* (V. Ribeiro & M. L. X. A Borges, Trans.), Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1993)
- Knight, R. (1987). The dynamics and treatment of chronic alcohol addiction. *Bulletin Menniger Clinic*, 1(1), 233-235.

- Krestan, J. & Bepko, C. (2007). Problemas de alcoolismo e o Ciclo de Vida Familiar. Em B. Carter, M. McGoldrick *et al* (Orgs.). *As mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989)
- Kupferer, H. (1979). A case of sanctioned drinking: the Rupert's House Cree, *Anthropological Quarterly*, 52, 198-203.
- Lang, K. & Zaborsky, J. L. (2001). Does growing up with a parent absent really hurt? *Journal of Human Resources*, 36(2), 253-273.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2004). *Vocabulário de Psicanálise: Laplanche e Pontalis* (P. Tamem, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987)
- Laranjeira, R.; Nicastrí, S.; Jerônimo, C.; Marques, A. C.; Gigliotti, A.; Campana, A. (2000). Consenso sobre síndrome de abstinência do álcool (SAA) e o seu tratamento. *Jornal Brasileiro de Dependência Química*, 1(1), 5-16.
- Laranjeira, R. & Pinsky, I. (1997). *O alcoolismo*. São Paulo: Contexto.
- Leite, S. N., Vasconcellos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(3), 775-782. Recuperado em 29 de setembro, 2009, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- Levisky, D. L. (1998). Adolescência e violência: a psicanálise na prática social. Em D. L. Levisky (Org.). *Adolescência pelos caminhos da violência: a psicanálise na prática social* (pp. 21-44). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lévy, Ann-Déborah (1998). Dioniso: a evolução do mito literário. Em Pierre Brunel (Org.), *Dicionário de mitos literários* (C. Sussekind, J. Laclette, M. T. R. Costa &

- V. Whately), (pp. 233 – 238). Rio de Janeiro: José Olympio / Unb. (Trabalho original publicado em 1988)
- Lersky, A. (1996). *A tragédia grega* (J. Guinsburg, G. G. de Souza & A. Guzik, Trans.). São Paulo: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1971)
- Lewis, I. A. (1977). *Êxtase religioso: um estudo antropológico da possessão por Espírito e do Xamanismo* (J. R. S. Madureira, Trad.), São Paulo: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1971)
- Lima, D. B. F. (1997). *Malungo: decodificação da Umbanda*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. (Trabalho original publicado em 1979)
- Lima, E. H. (1992). Modulando. Em Centro Mineiro de Toxicomania, *A entrada no tratamento*. V Jornada do Centro Mineiro de Toxicomania (pp. 19-22). Belo Horizonte: Fundação de Amparo a Pesquisa do estado de Minas Gerais.
- Lipman, E. L.; Boyle, M. H.; Dooley, M. D. & Offord, D. R. (2002). Child well being in single-mother families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(1), 75-82.
- Lippi, J. R. S. (1985). Maltrato: um grave problema humano. Em S. Krynski (Org.), *A criança maltratada*. São Paulo: Almed.
- Macedo, M. M. K. & Werlang, B. S. G. (2007, julho/agosto). Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. *Ágora*, 10(1). Recuperado em 21 de setembro, 2009, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- Machado, D. M. (2006). *A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília.

- Maffesoli, M. (1997). *A Transfiguração do Político: A Tribalização do Mundo*. Porto Alegre: Sulina.
- Magagnin, A. T. & Almeida, A. M. (2000). Violência contra a Infância e Adolescência. Em A. M. Almeida & L. H. C. Z. Pulino (Orgs.), *Projeto Bem-me-quer: Fórum de Combate à Violência* (pp. 21-30). Brasília: Prática.
- Marcondes, D. (2000). *Iniciação à história da Filosofia: dos pré-socráticos a Wittgenstein*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Maristela, G. (2007). *Alcohol y Salud Pública en las Américas: un caso para la acción*. Washington D.C.: OPS.
- Marlatt, G. A. (1999). *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco* (D. Bueno, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1998)
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- McLanahan, S. & Booth, K. (1989). Mother-only families: problems, prospects and politics. *Journal of Marriage and the Family*, 51(3), 557-580.
- McMunn, A. M., Nazroo, J. Y.; Marmot, M. G. *et al.* (2001). Children's emotional and behavioural well-being and the family environment: findings from the health survey for England. *Social Science and Medicine*, 53(4), 423-440.
- Mello Filho, J. (2000). *Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Meloni, J. N. & Laranjeira, R. (2004). Custo social e de saúde do uso de álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(supl. I), 7-10.
- Meneghel, S. N.; Victora, C. G.; Faria, N. M. X.; Carvalho, L. A. & Falk, J. W. (2004, dezembro). Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul.

- Revista de Saúde Pública*, 38(6). Recuperado em 22 de setembro, 2009, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- Michaud, Y.A. (2001). *A Violência* (L. Garcia, Trad.). São Paulo: Ática.
- Miermont, J.; Angel, P.; Louppe, A.; Angel, S.; Maruani, G.; Cordina, A. et al. (1994). *Dicionário de Terapias Familiares: Teoria e Prática* (C. Arturo-Molina-Loza, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1987)
- Miller, L.; Davies, M. & Greenwald, S. (2000). Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the national comorbidity survey. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(9), 1190 – 1197.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos* (A. Caleffi & C. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1991)
- Ministério de Saúde (2002). Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: funcionamento e tratamento* (J. A. Cunha, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1980)
- Minuchin, S. & Fishman, H. Ch. (1985). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires/Barcelona: Paidós. (Trabalho original publicado em 1981)
- Minuchin, S.; Nichols, M. P. & Lee, Wai-Yung (2009). *Famílias e casais: do sintoma ao sistema* (J. D. Mello, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Moreau, A. (1998). Dioniso antigo, o inatingível. Em Pierre Brunel (Org.), *Dicionário de mitos literários* (C. Sussekind, J. Laclette, M. T. R. Costa & V. Whately), (pp. 239 – 248). Rio de Janeiro: José Olympio / Unb. (Trabalho original publicado em 1988)

- Morin, E. (1999). Por uma reforma do pensamento. Em A. Pena-Veja & E. P. Nascimento (Org.), *O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade*. Rio de Janeiro: Garamond.
- \_\_\_\_\_. (2003). *O método 1: a natureza da natureza* (I. Heineberg, Trad.). Porto Alegre: Sulina. (Trabalho original publicado em 1977)
- \_\_\_\_\_. (2005). *O método 3: o conhecimento do conhecimento* (J. M. da Silva, Trad.). Porto Alegre: Sulina. (Trabalho original publicado em 1986)
- Nalli, M. A. G. (2001). Figuras da loucura em *Histoire de la Folie*. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 39 – 47.
- Nascimento, E. C. & Justo, J. S. (2000). Vidas errantes e alcoolismo: uma questão social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 13(3), 529-538.
- Neuburger, R. (1984). La demande en Psychanalyse et em thérapie familiale. Em: R. Neuburger (Org.) *L'autre demande: psychanalyse et thérapie familiale systémique*. Paris: ESF.
- Neubern, M. S. (2003). *Passos para uma epistemologia complexa da Psicologia Clínica*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Programa de Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília.
- \_\_\_\_\_. (2004). *Complexidade de Psicologia Clínica: desafios epistemológicos*. Brasília: Plano.
- Nicastri, S. (2008). Drogas: classificação e efeitos no organismo. Em *Prevenção ao uso indevido de drogas: curso de capacitação para conselheiros municipais* (pp. 21–39). Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Nichols, M. P. & Schwartz, R.C. (1998). *Terapia Familiar: conceitos e métodos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Olievenstein, C. (1985). *Destino do toxicômano* (M. D. Grandy, Trad.). São Paulo: Almed.
- Oliveira, M. P. M. T. & Tedesco, S. (2006). O acolhimento. Em Silveira, D. X. & Moreira, F. G. (Orgs.), *Panorama atual de drogas e dependências* (pp. 53-58). São Paulo: Atheneu.
- Organização Mundial de Saúde. *Alcohol*. Recuperado em 12 de maio, 2008 de [http://www.who.int/substance\\_abuse/facts/alcohol/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/facts/alcohol/en/index.html)
- Organização Pan-americana de Saúde. Recuperado em 10 de maio, 2008 de <http://www.paho.org/search/DbSReturn.asp>
- Paiva, G. J. (2007). Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. *Estudos de Psicologia*, 24(1), 99 – 104.
- Paugam, S. (2006). O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais. Em: B. Sowaia (Org.), *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes. Coleção Psicologia Social. (Trabalho original publicado em 1999)
- Pechansky, F.; Von Diemen, L. & Genro, V. (2001). Presença de situações de risco para a transmissão do HIV em usuários de drogas não-injetáveis. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28 (3).
- Peluso, E. T. P. & Blay, S. L. (2008). Public perception of alcohol dependence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 30(1), 19-24.
- Peña-Alfaro, A. A. (1993). *Alcoolismo: os seguidores de Baco*. São Paulo: Mercuryo.
- Penso, M. A. (2003). *Dinâmicas familiares e construções identitárias de adolescentes envolvidos em atos infracionais e com drogas*. Tese de Doutorado em Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Penso, M. A. & Sudbrack, M. F. O. (2004). Envolvimento em atos infracionais e com drogas como possibilidade para lidar com o papel de filho parental. *Psicol. USP*, 15(3), 29-54.



- Penso, M. A.; Costa, L. F. & Ribeiro, M. A. (2008). Aspectos teóricos da transmissão transgeracional e do genograma. Em M. A. Penso & L. F. Costa (Orgs.), *A transmissão geracional em diferentes contextos: da pesquisa à intervenção*. São Paulo: Summus.
- Pereira, M. A. O. & Júnior, A. P. (2003). Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 37(4), 92 – 100.
- Pereira, M. H. R. (1987). *Estudos de História da cultura clássica* (Vol. 1). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (Trabalho original publicado em 1964)
- Pereira, R. C. & Silva, C. M. (2006). Nem só de pão vive o homem. Em: *Sociedade e Estado*, 21(3), 667-680.
- Pereira, S. E. F. N. (2009). *Redes sociais de adolescentes em contexto de vulnerabilidade social e sua relação com os riscos de envolvimento com o tráfico de drogas*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia
- Pereira, S. E. F. N. & Sudbrack, M. F. O. (2008). Drogadição e atos infracionais na voz do adolescente em conflito com a Lei. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 151-159.
- Pessotti, I. (1995). *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Editora 34. (Trabalho original publicado em 1994)
- \_\_\_\_\_. (2001). *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34. (Trabalho original publicado em 1996)
- Pinelli, C. S. & Neto, R. M. (1992). A entrada no tratamento e a instituição. Em Centro Mineiro de Toxicomania, *A entrada no tratamento*. V Jornada do Centro Mineiro de Toxicomania (pp. 75-79). Fundação de Amparo a Pesquisa do estado de Minas Gerais: Belo Horizonte.

- Pinheiro, R. M. (1992). Abertura. Em Centro Mineiro de Toxicomania., *A entrada no tratamento*. V Jornada do Centro Mineiro de Toxicomania (pp. 12-18). Fundação de Amparo a Pesquisa do estado de Minas Gerais: Belo Horizonte.
- Presidência da República. *Lei n.º. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Recuperado em 07 de abril, 2008 de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)
- Presidência da República. *Lei n.º. 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Recuperado em 07 de abril, 2008 de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)
- Presidência da República. *Lei n.º. 10.216, de 06 de abril de 2001*. Recuperado em 15 de outubro, 2009 de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm)
- Ministério da Saúde. *Portaria n.º. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002*. Recuperado em 15 de outubro, 2009 de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PortariaGM336-2002.pdf>
- Prieur, B. (1999). *As heranças familiare*. (T. Laginha, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Trabalho original publicado em 1996)
- Prochaska, J. O. & Di Clemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative modelo f change. *Psychoterapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288.
- Rabelo, M. C. (1993). Religião e Cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Caderno de Saúde Pública*, 9(3), 316- 325.
- Ramos, M. E. C. & Oliveira, K. D. (2008). Transgeracionalidade percebida nos casos de maus-tratos. Em M. A. Penso & L. F. Costa (Orgs.), *A transmissão geracional em diferentes contextos: da pesquisa à intervenção*. São Paulo: Summus.
- Ramos, S. P. & Bertolote, J. M. (1997). *Alcoolismo hoje* (3a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1987)

- Rehm, J.; Patra, J.; Baliunas, D.; Popova, S.; Roerecke, M.; Taylor, B. *Alcohol consumption and the global burden of disease*. (2002). Genebra: OMS, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Dirección de Toxicomanias.
- Reinaldo, A. M. S. & Pillon, S. C. (2008). Repercussões do alcoolismo nas relações familiares: estudo de caso. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 16 (especial).
- Reinaldo, A. M. S. & Saeki, T. (2004). Ouvindo vozes: relato de familiares sobre o convívio com o paciente psiquiátrico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(4), 396-405.
- Resende, H. (2007). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. Em S. A. Tundis & N. R. Costa (Orgs.), *Cidadania e loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil* (pp. 15-74). Petrópolis: Vozes.
- Ribeiro, M. (2004). Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (supl. I), 59-62.
- Rollnick, S. & MacEwan, I. (1991). Alcohol Counselling in context. Em R. Davidson, S. Rollnick, & I. MacEwan (Orgs.). *Counselling problem drinkers* (pp. 97 – 114). London: Tavistock/Routledge.
- Rostovtzeff, M. (1977). *História da Grécia* (J. Edmond, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1963)
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise* (V. Ribeiro & L. Magalhães, Trads.). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1997)
- Rousseau, J.J. (2000). Do contrato social: ou princípios do Direito Político (L. S. Machado, Trad.). São Paulo: Nova Cultura. (Trabalho original publicado em 1757)
- Sampaio, C. M. A. & Campos, M. A. (2003). *Drogas, dignidade & inclusão social: a lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro: Aborda.

- Sanchez, Z. van der Meer & Nappo, S. A. (2007). A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (suplemento 1), 73 – 81.
- \_\_\_\_\_. (2008). Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 265 – 272.
- Sanchez-Craig, M. & Lei, H. (1986). Disadvantages of imposing the goal of abstinence on problem drinkers: an empirical study. *British Journal of Addiction*, 81(4), 505-512.
- Santo-Domingo, J. (1982). Alcoolismo. Em Lopez-Ibor Aliño, J. J., Ruiz Ogara, C. & Barcia Salorio, D. *Psiquiatria*. Barcelona: Toray.
- Sarti, C. A.; Barbosa, R. M. e Suarez, M. M. (2006). Violência e gênero: vítimas demarcadas. *Physi.*, 16(2), 167-183.
- Satir, V. (1988). *Terapia do grupo familiar* (4a ed.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1967)
- Scivoletto, S. & Andrade, A. G. (1997). Complicações psiquiátricas pelo uso de álcool. Em S. P. Ramos & J. M. Bertolote (Orgs.). *Alcoolismo hoje* (3a ed.), (pp. 111 – 129). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1987)
- Secretaria Nacional Antidrogas. *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira*. Recuperado em 12 de maio, 2008 de [http://www.senad.gov.br/relatorios\\_padroes\\_consumo\\_alcool.pdf](http://www.senad.gov.br/relatorios_padroes_consumo_alcool.pdf)
- Seitz, H.K.; Homann, N. (2001). Effect of alcohol on the orogastrointestinal tract, the pancreas and the liver. Em Heather N.; Peters T.J. & Stockwell T. (Orgs.), *International Handbook of Alcohol Dependence and Problem* (pp. 151-167). England: John Wiley & Sons.
- Severo, A. K. S. & Dimenstein, M. (2009). O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de Psicologia*, 14(1), 59 – 67.

- Silva, M. R. & Piccinini, C. A. (2004). O envolvimento paterno em pais não-residentes: algumas questões teóricas. *Psico*, 35, 185-194.
- Silveira, D. X. & Moreira, F. G. (2006). Reflexões preliminares sobre a questão das substâncias psicoativas. Em D. X. Silveira & F. G. Moreira (Orgs.), *Panorama atual de drogas e dependências* (pp. 3–7). São Paulo: Atheneu.
- Silveira, L. M. C. & Ribeiro, V. M. B. (2005, set./fev.). Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface Botucatu*, 9(16). Recuperado em 28 de setembro, 2009, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): [www.scielo.br](http://www.scielo.br)
- Simon, F. B.; Stierlin, H. & Wynne, L. C. (1988). *Vocabulário de terapia familiar*. Barcelona: Gesida. (Original publicado em 1984).
- Sluzki, C. E. (1997). A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. (C. Berliner, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1997).
- Snyder, C. (1958). *Alcohol and the Jews*. Glenkoe, UK: The Free Press.
- Souza, R. G. (2002). *Maternidade solitária: relatos de mãe solteiras de classes populares*. Tese de Mestrado em Psicologia. Universidade de São Paulo.
- Spruijt, E.; Degoede, M. & Vandervalk, I. (2001). The well-being of youngsters coming from six different family types. *Patient Education and Counselling*, 45(4), 284-294.
- Steinglass, P. (1977). Experimenting with family treatment approaches to alcoholism in men and family history. *Journal of Studies of alcohol*, 45(4), 334-338.
- Steinglass, P.; Bennett, L. A.; Wolin, S. J. & Reiss, D. (1997). *La familia alcohólica* (F. Mazía, Trad.). Barcelona: Gesida. (Trabalho original publicado em 1987)
- Streck, L. L. & Morais, J. L. B. (2004). *Ciência Política e Teoria Geral do Estado*. Porto Alegre: Livraria do Advogado.

- Sudbrack, M. F. O. & Doneda, D. (1985). Terapia familiar e adolescência: a contribuição da abordagem sistêmica para a construção de uma estratégia de acolhimento a jovens toxicômanos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8 (supl.), 469-474.
- Sudbrack, M. F. O. (1992). Da falta do pai à busca da lei: o significado da passagem ao ato delinquente no contexto familiar e institucional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8 (suplemento), 469-474.
- Sudbrack, M. F. O. (2001). Terapia Familiar Sistêmica. Em S. D. Seibel & A. Toscano Jr. (Orgs.), *Dependência de Drogas* (pp. 403-416). São Paulo: Atheneu.
- \_\_\_\_\_. (2003). Da obrigação à demanda, do risco à proteção e da dependência à liberdade: abordagem da drogadição de adolescentes em conflito com a lei. Em M. F. O. Sudbrack; M. I. G. Conceição; E. M. F. Seidl & M. T. Silva (Orgs.), *Adolescentes e drogas no contexto da Justiça* (pp. 47-79). Brasília: Plano Editora.
- \_\_\_\_\_. (2004). Abordagem comunitária e redes sociais: um novo paradigma na prevenção da drogadição. Em: Carvalho, D. B. B.; Sudbrack, M. F. O. & Silva, M. T. (Org.), *Crianças e adolescentes em situações de rua e consumo de drogas*. Brasília: Plano.
- Surjan, J., Pillon, S. & Laranjeiras, R. (2006). *O que acontece com os pacientes dependentes de álcool e drogas que desaparecem das primeiras consultas*. Recuperado em 09 de abril, 2008 de <http://br.monografias.com/trabalhos/acontece-abandono-tratamento-dependentes-quimicos/acontece-abandono-tratamento-dependentes-quimicos.shtml>
- Szymanski, H. (2008). Entrevista reflexiva: um olhar psicológico sobre a entrevista em pesquisa. Em H. Szymanski (Org.). *A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva*. Brasília: Liber Livros. (Trabalho original publicado em 2004)

- Szasz, T. S. (1984). *A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental* (D. M. Leite, Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara. (Trabalho original publicado em 1971)
- Tavares, M. (2003). A entrevista clínica. Em J. A. Cunha & cols. (Orgs.), *Psicodiagnóstico – V* (pp. 45-56). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 2000)
- Teixeira, L. S. (2004). *Despesas com tratamento de doenças causadas ou agravadas pelo álcool: análise de propostas para seu financiamento*. Brasília: Consultoria Legislativa de Política e Planejamento Econômicos, Desenvolvimento Econômico e Economia Internacional da Câmara dos Deputados.
- Thornton, C. C.; Gottheil, E.; Gellens, H. K. & Alterman, A. I. (1977). Voluntary versus involuntary abstinence in the treatment of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 1740-1748.
- Trindade, E. M. V. & Bucher-Maluschke, J. S. N. F. (2008). Considerações acerca da abordagem transgeracional de famílias alcoólicas. Em M. A. Penso & L. F. Costa (Orgs.) *A transmissão geracional em diferentes contextos: da pesquisa à intervenção*. São Paulo: Summus.
- Trindade, E. M. V. (1994). *Um estudo através das gerações: um estudo teórico-clínico*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- \_\_\_\_\_. (2006). Filhos de Baco: considerações acerca dos efeitos do alcoolismo na família. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 17(4), 275-282.
- \_\_\_\_\_. (2007). *Filhos de Baco: adolescência e sofrimento psíquico associado ao alcoolismo paterno*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

- Tyson, P. & Tyson, R. (1993). *Teorias Psicanalíticas do Desenvolvimento: uma integração* (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1990)
- Vaillant, G. E. (1999). *A história natural do alcoolismo revisitada*. (B. S. C. da Cunha & J. A. L. dos Santos, Trads.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Vargas, N. I. T. & Zago, M. M. F. (2005). El sufrimiento de la esposa en la convivencia com el consumidor de bebidas alcohólicas. *Revista Latino Americana de Enfermage*, 13(número especial), 806-812.
- Vasconcellos, M. J. E. (1995). *Terapia familiar sistêmica: bases cibernéticas*. São Paulo: Editorial Psy II.
- \_\_\_\_\_. (2005). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. Campinas: Papirus.
- Watzlawick, P. & Krieg, P. (Orgs.), (1995). *O olhar do observador* (H. Madjderey, Trad.). Campinas: Editorial Psy II. (Trabalho original publicado em 1991)
- Whitaker, C. A. & Bumberry, W. M. (1990). *Dançando com a família: uma abordagem simbólico-experiencial* (R. E. Starosta, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1988)
- Witter, G. P. (2008). Psicologia da Saúde e produção científica. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 577-584.
- Woitowitz, A. B. (1997). A abordagem do alcoolista. Em S. P. Ramos & J. M. Bertolote (Orgs.), *Alcoolismo hoje* (3a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zaluar, A. (2004). *Integração Perversa: pobreza e tráfico de drogas*. Rio de Janeiro: FGV.
- Zimerman, D. (2001). A contribuição da dinâmica grupal na prevenção da violência na adolescência e nas comunidades. Em D. L. Levisky (Org), *Adolescência e*

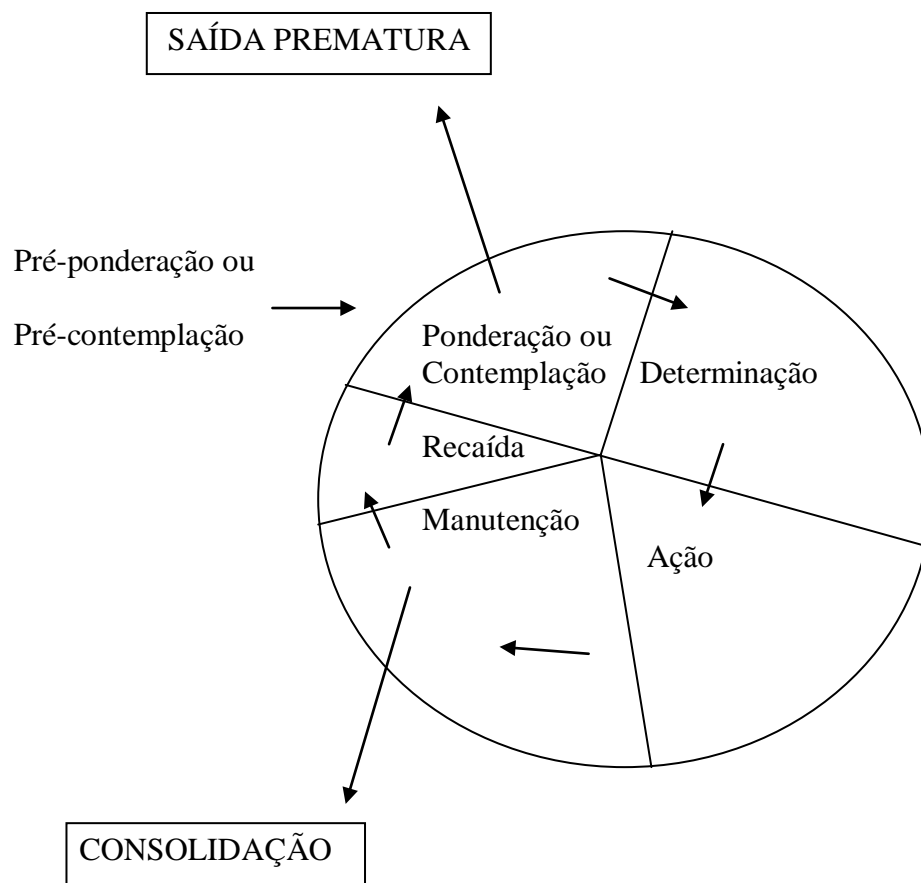


*Violência: ações comunitárias na prevenção* (pp. 213-226). São Paulo: Casa do Psicólogo/ Hebraica.

**10 - ANEXOS**

## ANEXO I

## CÍRCULO DOS ESTÁGIOS DA MUDANÇA



## ANEXO II



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE – SES  
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
CAPS ad II



DATA : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

EQUIPE : \_\_\_\_\_

FICHA DE ACOLHIMENTO CAPS ad II – \*\*\*\*\***IDENTIFICAÇÃO:**

NOME: \_\_\_\_\_

D. N. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SEXO: M ( ) F ( ) ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ NATURALIDADE : \_\_\_\_\_ CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

FILIAÇÃO: \_\_\_\_\_

**PADRÃO DE USO:**

Tipo de Droga	1º uso/idade	Frequência	Efeitos Positivos	Efeitos Negativos
( ) Álcool				
( ) Maconha				
( ) Merla				
( ) cocaína				
( ) Êxtase				
( ) Crack				
( ) Anfetamina				
( ) Inalantes				
( ) Hip./sedativos				
( ) Alucinógenos				
( ) Opióides				
( ) Outros				

**TRATAMENTOS ANTERIORES:**

- ( ) CAPS  
( ) AMBULATORIO  
( ) INTERNAÇÃO ( ) Voluntária ( ) Involuntária  
( ) OUTROS

**MOTIVAÇÃO PARA O TRATAMENTO:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FAMÍLIA:**

- ( ) MATÉM LAÇOS FAMILIARES  
( ) NÃO MANTÉM  
( ) RESIDEM NO DF  
( ) VINCULADO A INSTITUIÇÃO \_\_\_\_\_  
( ) OUTROS \_\_\_\_\_

**ENCAMINHAMENTO:**

- ( ) DEMANDA ESPONTÂNEA  
( ) JUDICIAL  
( ) ENCAMINHAMENTO DA REDE \_\_\_\_\_  
( ) RECURSOS DA COMUNIDADE \_\_\_\_\_  
OUTROS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL



## ANEXO IV

## QUADRO DE ATIVIDADES EM DEZEMBRO DE 2009

<b>TURNO</b>	<b>SEG</b>	<b>TER</b>	<b>QUA</b>	<b>QUI</b>	<b>SEX</b>
<b>MATUTINO</b>	8:00 Acolhimento 8:30 Horta (técnico de enfermagem A) 8:30 Oficina de atualidades (Terapeuta Ocupacional A e Enfermeira A) Grupo Aberto 10:00 Prevenção a Recaída (Enfermeira B e Psicóloga C) Grupo aberto	8:00 Acolhimento 8:30 Horta (Farmacêutica e técnico de enfermagem C) 8:30 Grupo de Mulheres (Psicólogo A e Psicóloga B) Grupo aberto 10:30 Grupo de Homens (Psicóloga C e Psicólogo A) Grupo fechado 10:00 Oficina de Fábulas (Enfermeira B e Enfermeira C) Grupo aberto	8:00 Acolhimento 8:30 Horta (técnico de enfermagem A) 9:00 Grupo de Família (Assistente Social e Psicólogo A) 10:00 Grupo de Biografia (Terapeutas Ocupacionais A e B) Grupo fechado	8:00 Acolhimento 8:30 Horta (Farmacêutica e técnico de enfermagem C) 9:30 Grupo aberto (*Familiares e Usuários) Psicóloga C *a partir de dezembro de 2009	8:00 Acolhimento 8:30 Horta (técnico de enfermagem C) 8:30 Horta 8:30 Terapia Comunitária (Psicóloga B e estagiária de Psicologia) Grupo aberto 10:30 Oficina de Música (técnica administrativa) Grupo aberto
<b>VESPERTINO</b>	14:00 Acolhimento 14:00 Aconselhamento Pré e Pós Teste (Enfermeira A e técnico de enfermagem C) 14:00 Oficina de Produção (Terapeuta Ocupacional B e técnico de enfermagem B) 15:30 Oficina de Medicação (Médica Clínica)	14:00 Acolhimento 14:00 Terapia Comunitária (Psicóloga B e Enfermeira B) Grupo aberto	14:00 Acolhimento 14:00 Grupo de Tabagismo (Psiquiatra B, Enfermeira A e técnica de enfermagem D) Grupo fechado 14:00 Prevenção de Recaída (Enfermeira B e Psicóloga C) Grupo aberto	<b>REUNIÃO ADMINISTRATIVA, ESTUDO DE CASOS E SUPERVISÃO</b>	14:00 Acolhimento 14:00 Sexta do Filme comentado (Gerente titular, terapeuta ocupacional e Assistente Social) Grupo aberto

## ANEXO V

**EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 53, DE 2008**

(Autoria: Poder Executivo)

**Acrescenta os §§ 1º, 2º e 3º ao art. 205 da Lei Orgânica do Distrito Federal e dá outras providências.**

A MESA DIRETORA DA CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL, nos termos do art. 70, § 2º, da Lei Orgânica, promulga a seguinte emenda ao texto da referida Lei:

**Art. 1º** O art. 205 da Lei Orgânica do Distrito Federal passa a vigorar acrescido dos seguintes parágrafos 1º, 2º e 3º:

Art. 205. ....

§ 1º Os gestores do Sistema Único de Saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

§ 2º Lei disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias.

§ 3º Além das hipóteses previstas no art. 41, § 1º, e no art. 169, § 4º, da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos fixados em lei para o seu exercício.

**Art. 2º** Os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias somente poderão ser contratados diretamente pelo Distrito Federal na forma do art. 205, § 1º, da Lei Orgânica do Distrito Federal, observado o limite de gasto estabelecido na Lei Complementar de que trata o art. 169 da Constituição Federal.

§ 1º Os profissionais que, na data da promulgação desta Emenda e a qualquer título, desempenharem as atividades de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias, na forma da lei, ficam dispensados de se submeter ao processo seletivo público a que se refere o art. 205, § 1º, da Lei Orgânica do Distrito Federal, desde que tenham sido contratados a partir de processo de seleção pública efetuado por órgãos ou entes da administração direta e indireta do Distrito Federal ou por outras instituições com a efetiva supervisão e autorização da administração direta.

§ 2º Aplica-se o disposto neste artigo aos profissionais que, na data da promulgação desta Emenda e a qualquer título, desempenharem as atividades de

médico, cirurgião dentista, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, terapeuta-ocupacional, fisioterapeuta, assistente social, técnico em enfermagem, técnico em higiene dental, técnico em prótese dental, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário, auxiliar de prótese dentária e auxiliar de laboratório, na forma da lei, ficando dispensados de se submeterem ao processo seletivo público a que se refere o art. 205, § 1º, da Lei Orgânica do Distrito Federal, desde que tenham sido contratados a partir do processo de seleção pública efetuado por órgão ou ente da administração direta e indireta do Distrito Federal ou por outras instituições com a efetiva supervisão e autorização da administração direta, resguardados os direitos dos atuais aprovados em concursos públicos.

**Art. 3º** Esta Emenda à Lei Orgânica entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 26 de novembro de 2008

**DEPUTADO ALÍRIO NETO**

*Presidente*

**DEPUTADO PAULO TADEU**

*Vice-Presidente*

**DEPUTADO WILSON LIMA**

*Primeiro Secretário*

**DEPUTADO BRUNELLI**

*Segundo Secretário*

**DEPUTADO DR. CHARLES**

*Terceiro Secretário*

Este texto não substitui o publicado no *Diário Oficial do Distrito Federal*, de 28/11/2008.



**ANEXO VI****Roteiro de entrevista semi-estruturada**

1. Apresentação do(s) entrevistador(es) e posterior explicação sobre o projeto de pesquisa que visa a construção de subsídios para a promoção de práticas mais eficazes e eficientes no atendimento dos usuários do serviço no contexto do acolhimento. Na seqüência, justificando que para entender-se melhor como promover um bom acolhimento, pedir a permissão do beneficiário para que seja gravado o acolhimento. Em caso positivo, ler o termo de livre consentimento esclarecido e solicitar sua posterior assinatura pelo beneficiário do serviço.
2. Como você está se sentindo agora?
3. O que lhe traz no CAPS ad II ? Como você ficou sabendo do CAPS ad II ?
4. Quem marcou para você vir? Como foi feita a marcação?
5. Alguém pediu para você vir? Como foi que isso aconteceu? Como foi feita a marcação?
6. Na sua opinião, o que aconteceu para que se resolvesse fazer a marcação?
7. O que levou você a vir? Aconteceu algo importante que fez você decidir vir? Como aconteceu?
8. Você se acha necessitando de ajuda?
9. Você já foi em algum outro lugar para se tratar?
10. O que você mais gosta de beber? Há quanto tempo você bebe?
11. Já ficou de ressaca ou passou mal, alguma vez?
12. Onde você costuma beber? Com quem? O que você bebe primeiro? E depois, como é?
13. Quais as sensações que você tem quando você bebe? Elas são agradáveis?
14. Existem sensações desagradáveis antes, durante ou depois de beber?
15. Na sua opinião, como é sua relação com o álcool?
16. No que beber é um problema para você?
17. E para seus familiares, como é sua relação com o álcool? Eles acham que é um problema?
18. Com quais familiares você mora?
19. Você acha que alguém da família precisa de ajuda? Quem? Que tipo de ajuda?

20. Na sua opinião, quem traz mais problema para a família atualmente?
21. Em que a situação atual preocupa?
22. Em sua opinião, quem mais sofre com essa situação?
23. O que você percebe nessa pessoa que te faz entender ser ela a que mais sofre?
24. Como é o sofrimento dessa pessoa? Ela o expressa? Como?
25. Para você, quem se mostra mais preocupado com a situação ao ponto de entender que havia a necessidade de pedir ajuda? Como essa pessoa demonstra essa preocupação? O que ela faz que te leva a crer ser essa a pessoa quem mais se preocupa?
26. Como você está sendo estar aqui agora?
27. Como você acha que será estar aqui?
28. Na sua opinião, você acha que o CAPS ad II poderá ajudar sua família? Como?
29. E para você, o que você acha que o CAPS ad II poderá fazer por você? Como você acha que seria isso?
30. Como você acha que é o tratamento aqui? Você pensou como seria antes de vir para cá?
31. Como você está se sentindo nesse momento?
32. Como você está se sentindo participando dessa pesquisa?
33. Teria algo que você gostaria de falar, de acrescentar?
34. Agradecimentos e boas vindas. Colocar-se a disposição para ouvi-lo em qualquer momento em caso de maiores necessidades.

**ANEXO VII****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE:**

O senhor está sendo convidado a participar do *projeto de pesquisa de mestrado* do Programa de Pós-Graduação de Psicologia Clínica e Cultura, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília intitulado: **A expressão da demanda de sujeitos com problemas relacionados ao abuso ou dependência de álcool no âmbito do acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad II) no Distrito Federal.**

O nosso objetivo visa reunir informações que possam auxiliar na melhoria do nosso atendimento às pessoas que buscam este serviço para tratamento dos problemas relativos ao abuso ou dependência de álcool, principalmente no acolhimento.

O senhor receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo.

A sua participação será através de uma entrevista semi-estruturada realizada ao longo do acolhimento, na presente data e com tempo de duração em torno de 1 hora ou 1 h 30min e que será gravada mediante sua autorização por meio deste documento. Informamos que não existe obrigatoriedade de sua participação, que você pode deixar de responder a qualquer pergunta que lhe traga constrangimento e que você tem o direito de interromper sua participação neste estudo a qualquer tempo, sem necessitar justificar sua decisão e que isso não afetará suas avaliações individuais ou a quaisquer procedimentos do serviço relacionados à sua condição de beneficiário do serviço dessa unidade especializada.

Adicionalmente, informamos que o senhor não receberá qualquer tipo de vantagens, sejam elas financeiras ou de outra ordem e que os resultados da pesquisa serão divulgados aqui nesta unidade de saúde, no Hospital Regional desta região administrativa e na Universidade de Brasília, podendo inclusive ser publicados posteriormente.

Se o senhor tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para a Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Fátima Olivier Sudbrack, no Programa de Estudos e Atenção às Dependências Químicas – PRODEQUI, no telefone: 3224-9471, no horário comercial ou para o Sr. Luiz Felipe Castelo Branco da Silva, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, no telefone 3567-1967 ou 3381 – 6957, no horário comercial.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. Qualquer dúvida com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser

obtidos através do telefone: (61) 3325 – 4955. O número do processo que autoriza esta pesquisa é o 337/08.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com V.S<sup>a</sup>.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que aceito participar voluntariamente desta pesquisa. Afirmando ainda, que autorizo a utilização das informações prestadas por mim para este estudo.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante/nº da identidade

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

**Pesquisadores responsáveis pela pesquisa:**

***Luiz Felipe Castelo Branco da Silva*** (Psicólogo CRP 01/9068 - Mestrando da UnB 08/55570)

Telefone: (61) 3567-1967 / e-mail: [luizfcbs@yahoo.com.br](mailto:luizfcbs@yahoo.com.br)

***Maria Fátima Olivier Sudbrack*** (Professora Titular de Psicologia da UnB - Orientadora)

Telefone: (61) 3224-9471 / e-mail: [sudbr@unb.br](mailto:sudbr@unb.br)

End.: Departamento de Psicologia Clínica, ICC Sul, UnB / PRODEQUI.

**Comitê de Ética em Pesquisa:**

Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF

Telefone: (61) 3325 – 4955